

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914 — N° 5

LES PSYCHOSES PÉNITENTIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ COSTEDOAT

Élève à l'École de Santé Militaire

Né le 4 Février 1890, à Dôle (Jura)

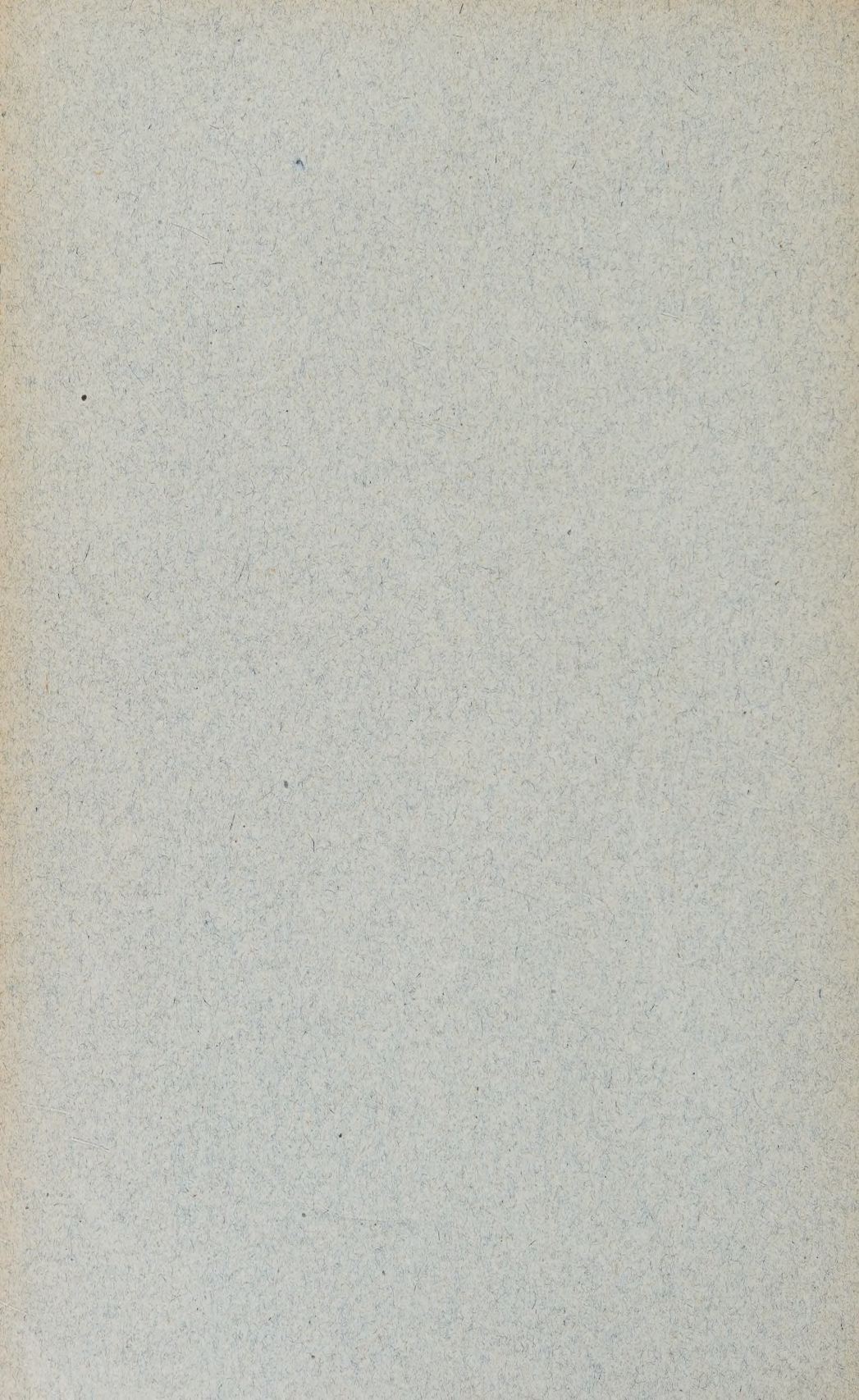


LYON

IMPRIMERIE L. GROSJEAN

78, RUE CRILLON, 78

1913



LES PSYCHOSES
PÉNITENTIAIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 5

LES PSYCHOSES PÉNITENTIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ COSTEDOAT

Élève à l'École de Santé Militaire

Né le 4 Février 1890, à Dôle (Jura)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN

78, RUE CRILLON, 78

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUES
	BARD
	X...
Cliniques chirurgicales	{ JABOULAY
	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	LATARJET.	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ETIENNE MARTIN, *Président*; JEAN LÉPINE, *Assesseur*;
MM. ARLOING et FROMENT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur LACASSAGNE

Correspondant de l'Institut

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ETIENNE MARTIN

AVANT-PROPOS

Au moment de franchir la dernière étape de ma vie scolaire, je m'arrête pour adresser un témoignage de reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à ma formation intellectuelle, morale et professionnelle.

Le souvenir de ces maîtres que furent MM. les professeurs Lacassagne, Jean Lépine et Etienne Martin, vivra longtemps pour moi. Ils m'ont inspiré le goût de leur science, et les cours au musée de médecine légale, les leçons à la Faculté et à la prison St-Paul, les cliniques de Bron resteront, en même temps que le souvenir d'heures attachantes, une des parties les plus solides de mon bagage médical.

À l'Ecole, MM. les médecins-majors, Job, Vaudesbossche, Lévy et Jude m'ont appris à examiner les malades ; ils ont été des guides attentifs autant que savants.

À l'asile d'aliénés de St-Ylie, M. le docteur Santenoise et MM. les docteurs Hamel et Jabouille m'ont toujours réservé le meilleur accueil ; je les remercie des instants agréables qu'ils m'ont fait passer au milieu de leurs malades.

Ma reconnaissance va aussi à M. le docteur Pactet, médecin-chef de l'Asile de Villejuif, pour tout l'intérêt qu'il a porté à mon travail.

Mais j'oublierais mon devoir le plus sacré en n'offrant pas cette thèse comme un tribut de gratitude et d'affection pour tout ce qu'ils m'ont témoigné de sollicitude et d'amour, à ceux qui pour moi sont tout, à mes parents, à mes grands-parents et à mon frère.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0085

LES PSYCHOSES

PÉNITENTIAIRES

« Le milieu social, a dit Lacassagne, est le bouillon de culture de la criminalité ; le microbe, c'est le criminel, un élément qui n'a d'importance que le jour où il trouve le bouillon qui le fait fermenter ».

Cette formule qui synthétise la théorie criminaliste du maître lyonnais, nous semble utile à rappeler au début des pages qui vont suivre ; car si le criminel est la victime de son hérédité et de sa constitution dont le milieu social a cultivé les vices, l'aliéné a succombé le plus souvent à l'action des facteurs extérieurs qui sont venus donner à ses tendances héréditaires ou acquises, le complément indispensable à l'exercice de leurs ravages : tel débile qui, resté tranquillement dans son village au milieu de ses occupations habituelles, aurait peut-être vécu sans à-coups, trébuché par l'effet de son arrivée au régiment, source pour lui de complications auxquelles sa faible intelligence ne résiste pas. Au nombre de ces causes extérieures, de ces facteurs accessoires, figure en bonne place la détention.

En quoi consistent ces folies survenant chez les détenus, ces psychoses pénitentiaires plus brièvement, quel est le rôle de la détention dans leur genèse, quelle est la part respective de la prison commune et de la cellule, quel serait

enfin leur mode de traitement le plus favorable, c'est là ce que nous nous proposons d'étudier.

Mais en terminant ce préambule, nous tenons à bien limiter notre sujet ; notre but n'est pas de répéter après tant d'autres que la prison reçoit des fous, et que la paralysie générale dans sa période de début, l'épilepsie et l'alcoolisme par leurs violences, sont susceptibles avec tant d'autres d'être les pourvoyeurs malheureusement trop fréquents des établissements pénitentiaires qui tiennent dans la thérapeutique de ces maladies une place que l'asile leur réclame à grands cris chaque jour par la bouche des aliénistes les plus autorisés. Ce que nous voulons, c'est étudier les psychoses survenues en prison, par l'effet de la prison, chez des sujets apparemment sains à leur entrée dans les maisons de détention.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La question n'est pas neuve, et nombre d'auteurs s'en sont occupés, tant en France qu'à l'étranger, plutôt à l'étranger, et spécialement en Allemagne, dirons-nous pour être plus exact.

Déjà en 1828, Georget, puis de 1834 à 1850, Ferrus appellent l'attention sur les troubles mentaux observés chez les prisonniers. Mais un des premiers mémoires publiés sur ce sujet est signé de Baillarger et parut en 1840 dans la Gazette Médicale de Paris ; on y parle de travaux antérieurs de deux médecins du pénitencier de Genève : Gosse et Coindet qui attribuaient à l'emprisonnement une certaine influence dans l'étiologie des psychoses observées chez les détenus.

Carrière voit une source de folie dans l'uniforme immuabilité des impressions, en même temps qu'une cause de phtisie laryngée dans la pratique obligatoire du silence en vigueur dans les pénitenciers anglais.

Moreau-Christophe, inspecteur général des prisons, pense que la solitude continue aggrave nécessairement les effets de la réclusion sur le corps et l'âme, influe puissamment sur le développement des sentiments tristes et péni-

bles, prédispose aux maladies du bas ventre, de la poitrine, de la tête, des vaisseaux lymphatiques, et aux maladies mentales. Je crois de plus, dit-il, que l'absence de toute distraction, de toute occupation, de tout exercice, jointe à l'isolement absolu prolongé, exerce également une action désastreuse sur le cerveau, en concentrant l'activité de l'individu sur cet organe et en le surexcitant.

Carrière dit qu'il a demandé à Esquirol si l'on devient fou en prison par l'effet de la solitude, et Esquirol lui a répondu qu'on n'y devient pas fou par cela seul qu'on est enfermé isolément, même pendant plusieurs années, si d'autres causes ne viennent pas exercer une influence directe sur la raison du détenu, car de nombreux solitaires ont vécu longtemps seuls et sans perdre l'esprit. Mais c'est un peu une question de race, l'Anglais plus renfermé supportant mieux les effets du silence que tel habitant des rives fleuries de la Garonne.

Pour Baillarger, la folie qu'on observe dans les geôles, à apparition postérieure au jugement, peut être due à l'hystérie, à l'épilepsie, à l'hypocondrie, surtout aux fièvres cérébrales, de courte durée, enfin à des caractères bizarres, originaux, à des intelligences faibles, à une hérédité plus ou moins chargée, à la misère, au remords, mais ces cas doivent être peu fréquents.

Après lui, Ferrus, Lelut, Vingtrinier, Lauge, etc., arrivent à peu près tous à conclure à la rareté des cas de folie développés sous l'influence du régime cellulaire.

En Allemagne, la question semble avoir intéressé depuis très longtemps les aliénistes, et longue est la liste des noms qu'il faut citer. De Delbrück (1857), à Heinicke (1911), elle n'en contient pas moins d'une trentaine; nous ne les énu-

mérons pas ici pour ne pas empiéter sur l'exposé que nous ferons dans les pages suivantes.

Leurs travaux aboutirent à une mise au point remarquable du sujet, et ils en auraient fait une œuvre presque purement allemande, si en France et en Belgique des aliénistes de valeur ne s'étaient en même temps engagés sur la voie tracée par les précurseurs.

Le 25 février 1888, à la Chambre, M. Millerand rapporteur du budget de la justice, attaqua vivement le système de l'emprisonnement cellulaire, et l'accusait de produire la folie; il se basait pour émettre son affirmation sur les chiffres fournis par l'administration de Mazas.

Mais Ant. Ritti, dans la chronique de mai 1888 des *Annales médico-psychologiques*, concluait d'une critique sérieuse, qu'il n'en était rien; il revint sur ce sujet la même année, et dit qu'après avoir étayé son affirmation première sur les statistiques françaises, son opinion se confirmait par l'étude de celles produites par les pays où l'encellulement est parfois longtemps prolongé : l'Allemagne, où il peut s'élever à 3 ans, les Pays-Bas à 5, la Belgique à 10.

Le Dr Voisin s'était chargé de faire une enquête détaillée sur la question et avait pris la Belgique pour champ d'observation. Il communiqua son rapport à l'Académie de Médecine dont les débats se terminèrent sur ce sujet en juin 1888, après que de nombreux aliénistes y eurent participé : la conclusion était que l'emprisonnement cellulaire, qu'il soit à courte ou à longue durée, ne produit pas nécessairement des fous, comme l'en accuse une philanthropie mal éclairée. La question avait donc eu les honneurs d'assez longs débats à l'Académie de médecine, et avait été tranchée par l'affirmation que le régime cellulaire n'engendre pas

fatalement des fous ; elle ne disait pas qu'il n'en était pas ainsi parfois.

Pactet fit paraître en 1908 dans la Revue de psychiâtrie le résultat d'une enquête internationale à laquelle il s'était livré dans tous les pays, et le nombre et la précision des réponses qui lui parvinrent, montrent assez tout l'intérêt que cette étude soulève maintenant un peu partout.

Un rapport très remarqué et très important avait été celui de Semal au congrès de médecine mentale de Paris en août 1889 ; son enquête particulièrement intéressante portait sur 514 aliénés, et 79 psychoses pénitentiaires. La question des formes, celle de l'étiologie, du rôle respectif de la cellule et de la prison commune y étaient traitées dans toute leur ampleur et avec une précision de détails remarquable. C'est là le plan que nous adopterons, et ces quelques mots d'historique étant dits, nous allons entrer dans le vif du sujet, en étudiant sous quelles formes se présentent les psychoses observées chez les détenus.

CHAPITRE II

FORMES DES PSYCHOSES PÉNITENTIAIRES

Travaux allemands

Les cadres dans lesquels on a voulu faire rentrer les psychoses pénitenciaires sont très nombreux, ce qui tient à ce que la maladie n'est pas une, mais se présente sous des aspects très variés, différant entre eux d'une manière aussi tranchée que le délire de persécution et l'accès de fureur épileptique le plus caractérisé. Nous allons passer successivement en revue la conception que les aliénistes qui s'en occupèrent le plus se firent de la question. Voyons d'abord ce qui se fit en Allemagne.

Dès 1857, Delbrück décrit une forme particulière de psychose, dont la base est formée d'idées délirantes, mais dont l'ensemble présente certains signes que l'encellulement lui imprime. En 1863, il étudie des cas que nous pourrions étiqueter états délirants post-confusionnels présentant comme prodromes des troubles du caractère et de la céphalée, auxquels succèdent des hallucinations auditives à contenu moqueur ; alors que la mise en liberté fait rétrocéder ces symptômes (nous ferons remarquer que dès la première observation, cette influence bienfaisante de la libération est

déjà mise en lumière), la continuation de l'encellulement provoque la persistance des idées de persécution, d'empoisonnement, de revendication, de grâce, et plus tard de grandeur. La maladie, curable au début, devient incurable à la fin. Ces cas sont peut-être plus fréquents dans la prison commune que dans la cellule. Il fait son enquête en particulier dans la prison de Halle, où il divise les détenus en criminels par habitude (récidivistes), et criminels par passion, employant ainsi une classification à laquelle douze ans plus tard, Lombroso attribuera dans sa théorie une importance considérable. Les premiers qui, pour la plupart, ont commencé très jeunes, et pour qui l'incarcération est la condition d'existence la plus habituelle, ne souffrent que très peu de la privation de la liberté; ils sont les victimes très fréquentes de psychopathies, mais presque toujours constitutionnelles ou acquises au début de l'existence, dans les périodes de vie libre; loin de leur être dommageable, la prison est le plus souvent pour eux un bienfait qui leur épargne les privations d'une liberté que l'absence de moyens d'existence réguliers rend pénible; les sentiments de honte ne sauraient d'ailleurs être pour quoi que ce soit dans la genèse d'une psychose quelconque, l'amoralité la plus complète faisant partie d'un complexe dont le récidivisme n'est que l'un des symptômes. Par contre, il en va tout différemment pour la 2^e catégorie chez qui le regret du crime, la honte d'une condamnation, la crainte du déshonneur pour la famille, les conditions hygiéniques défectueuses liées à la vie dans un espace restreint, sont des facteurs très puissants qui permettent à une affection mentale de se développer, surtout si ces conditions se rencontrent chez des prédisposés, chez des gens en incubation de psychose, ou sujets

à des poussées successives d'une maladie préexistante.

Gutsch, en 1865, décrit des cas semblables à ceux de Delbrück ; pour lui, la guérison survient dans 70 % des cas.

Reich, en 1870, répartit ses observations en trois groupes, dont le 3^e est le plus important : il y note l'angoisse, la stupeur, les hallucinations, les spasmes musculaires et le suicide. Quelques cas (8) guérissent ; d'autres, et l'énumération de quelques-uns des symptômes permettait de le prévoir, évoluent vers la folie persistante (2) ou la démence (15). Le pronostic semble donc moins bon pour lui que pour les auteurs précédents. En outre, on peut noter des poussées évoluant sur le terrain d'une autre psychopathie : imbécillité, idiotie, alcoolisme, paralysie générale, épilepsie ; ce sont les *Pseudogefangenwahnsinne*.

Kohler, en 1877, observe 31 cas ; il en détache 6 qui appartiennent à la manie ; les autres sont surtout des formes chroniques (confusion mentale, démence, etc.) mais fréquemment atypiques, ce qu'il attribue à ce que ses sujets étaient surtout des femmes ; ce qui est plus probable, et c'est Skliar qui émet cette opinion, c'est plutôt que les hésitations dans la classification des états mentaux étaient fréquentes à son époque. Quoi qu'il en soit, c'est la chronicité des formes qu'il importe de retenir.

Knecht, en 1881, signale 36 guérisons pour 168 cas observés ; la proportion est faible.

Sommer, en 1884, décrit une psychose pénitentiaire caractérisée par le contenu du délire, par l'arrivée plus rapide des idées de grandeur, par le manque d'égards plus complet envers les personnes et les choses pendant les phases d'agitation, par l'aboutissement moins tardif à la démence. C'est presque une entité morbide.

Pour Djekoff (1884), c'est seulement le contenu du délire qui la distingue.

Sous le nom de démonomanie, Schüle (1886) retrace le tableau de Reich et décrit des symptômes catatoniques qui aboutissent à la guérison ; pour lui, le pronostic est meilleur que pour Reich.

Kirn (1889) distingue folie des criminels et folie des prisonniers ; cette dernière se présente sous deux aspects : mélancolie avec hallucinations, démence avec hallucinations ; les symptômes sont presque tous communs aux deux formes (angoisse, hallucinations terrifiantes), mais la première est caractérisée par le mutisme. Le pronostic est également bon : 80 guérisons ou améliorations sur 129 cas.

La statistique qu'utilise Nacke (1893) concerne 53 femmes, coupables de toutes sortes de délits ou crimes (vol, mendicité, faux, vagabondage, meurtre, incendie, etc.) ; elles se recrutent presque toutes chez les ouvrières et sont pour la plupart saxonnes, protestantes, célibataires ; parmi elles, 7 filles publiques et quelques alcooliques ; beaucoup étaient des récidivistes ; aussi les peines longues et dures l'emportaient.

C'est surtout (65 % des cas) la 1^{re} année de leur détention que ces femmes tombèrent malades ; les années suivantes ne comptent que peu de cas à leur actif. Les causes sont variées, et c'est l'isolement qui vient en première ligne, quoique, appliqué convenablement, il n'intervienne que rarement, surtout chez les récidivistes.

Les formes qui prévalent sont la manie et surtout les délires systématisés (79 % des cas) hallucinatoires dans l'immense majorité ; 4 observations seulement de délire ne relatent pas d'hallucinations ; il se présenta même à plu-

sieurs reprises des cas de confusion mentale méningitique, de délire aigu. Les prodromes existent la plupart du temps, mais passent inaperçus le plus souvent. Le délire le plus fréquent est celui de persécution, avec hallucinations de l'ouïe ou de l'odorat, plus rarement de la vue et dans ce dernier cas, c'est un mélange des trois que l'on observe. Le délire de grandeur peut être contemporain du précédent ; parfois au contraire il lui succède. L'évolution vers l'affaiblissement intellectuel et la démence s'observe très fréquemment. Il n'y a pas de psychose pénitentiaire spécifique, car ni le début, ni les illusions sensorielles, ni les idées délirantes, ne sont particulières, pas plus d'ailleurs que la grande irritabilité de ces malades. La dégénérescence est la note dominante chez la plupart, et c'est à elle que sont liées les particularités suivantes :

a) apparition presque exclusive des formes hallucinatoires de la paranoïa ;

b) début fréquent par de la confusion mentale hallucinatoire aiguë, ou périodes passagères où cette forme constitue un épisode dans le cours d'un délire systématisé ;

c) terminaison fréquente par l'affaiblissement intellectuel.

Nacke conclut en demandant le traitement de ces malades dans des annexes des prisons, afin d'éviter aux malades ordinaires des asiles le contact d'individus très souvent dangereux.

Günther (1893) reconnaît également à la dégénérescence une influence prépondérante dans l'étiologie des cas observés.

Krapelin en 1899 se demande dans son *Traité de psychiatrie* si ces psychoses sont spécifiques et croit qu'on ne peut pas l'affirmer. Ailleurs, il lui semble que la détention est

pour quelque chose dans l'étiologie de la démence précoce. Reprenant la question en 1912 (1), il classe les délires et les range en 3 catégories : paranoïa proprement dite, psychoses endogènes ou vésanies, psychoses exogènes dues à des causes extérieures psychiques ou physiques. Il place dans ce dernier groupe, entre autres affections, les psychoses des prisonniers, se produisant dans la grande majorité chez des prédisposés et se manifestant sous deux formes :

a) délire de persécution constitué par des idées de préjudice, d'emprisonnement, des hallucinations surtout auditives : ce sont des injures et des moqueries ; enfin des états confusionnels épisodiques ;

b) délires d'innocence et de grâce, dont la symptomatologie est la suivante : ce sont des protestations contre la manière dont a été mené leur procès : il a été mal jugé ; les témoins ont accumulé les parjures. Quelquefois, au cours de la détention, surviennent des hallucinations ; le résultat en est que le sujet se croit grâcié ; si on le retient, c'est contre toute justice.

Un signe essentiel de ces formes est que le délire est étroit, peu riche comme contenu ; la mise en liberté détermine un mieux constant, parfois la guérison ; la terminaison par la démence ne s'observe pas ; mais des états hystéroides (stupeur, attaques, états crépusculaires, etc.) peuvent coexister ou constituer toute la scène.

Rüdin (1901) sur ses 94 cas concernant des vagabonds

(1) Discours au congrès des aliénistes de Bavière (*Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie. Originalien* XI, p. 617) analysé dans la *Revue de psychiatrie* d'octobre 1912.

aliénés principalement, n'en trouve qu'un seul aigu ; les autres peuvent être rangés sous les rubriques suivantes : catatonie (55 %), alcoolisme (9 %), poussées aiguës de psychoses préexistantes (hystérie, épilepsie, paranoïas diverses) (19 %), enfin 17 % de ses observations sont de diagnostic indéterminé. Les conclusions sont que :

a) ces psychoses ont souvent leur origine avant l'incarcération ;

b) elles auraient probablement évolué pendant la liberté, indépendamment de la prison qui n'est, par suite, qu'une cause occasionnelle, mais dont le rôle est certain.

Plus tard, en 1909, il décrit des délires de grâce ; mais quand ils surviennent chez des personnes âgées, il faut un cerveau que la détention a vieilli avant l'âge et sur qui les influences extérieures agissent d'une manière plus particulièrement désastreuse ; aussi délire présénile de grâce et délire sénile de persécution ont-ils entre eux une étroite parenté.

Krafft-Ebing reconnaît que l'incarcération cellulaire est généralement plus mal supportée par des individus limités au point de vue de leur activité mentale et qui ont besoin de l'excitation venue du dehors, par les individus à caractère défiant, renfermé, orgueilleux, les gens à tempérament paranoïaque en un mot, par les individus que leurs allures excentriques dans la vie courante faisaient déjà considérer comme n'étant pas tout à fait normaux et qui en général, sont des héréditaires, enfin par ceux qui sont profondément déprimés et ont des remords très vifs.

Longard, de Cologne, se demande (1901) s'il y a des psychoses des prisonniers. Il a bien observé des cas de délire à base d'hallucinations survenant chez des individus

non tarés, presque uniquement des prévenus ou des condamnés à de courtes peines ; ce sont des accès subits, avec hallucinations et illusions multiples, de nature pénible. Les habitués des prisons ne présentent presque jamais ces poussées aiguës ; la pathologie mentale se résume chez eux dans la paranoïa, la folie quérulante, la folie morale, l'imbécillité. Il faudrait les traiter, mais en dehors des prisons, dans des asiles spéciaux pour l'organisation desquels il faudrait se défaire des sentiments d'humanité du médecin : bâties sur le type des prisons, la discipline y serait militaire ; langage surprenant en vérité dans la bouche d'un médecin !

Scheven publie les résultats de l'enquête qu'il a faite sur tous les aliénés criminels et criminels aliénés de Mecklembourg, de 1859 à 1898. Dans 80 % des cas, il s'agissait de formes paranoïaques, où les hallucinations sont plus fréquentes qu'ailleurs. La cellule accélère l'aliénation chez les prédisposés.

Jolly (1903) publie une observation typique de manie aiguë hallucinatoire (1) où l'accès survint par l'effet de l'emprisonnement, et disparut complètement sous l'influence de la libération, pour revenir régulièrement à trois reprises, chaque fois que le sujet se fit de nouveau incarcérer. Ces psychoses, pour Jolly, naissent chez les dégénérés, sous l'influence de l'emprisonnement et surtout de l'encellulement et reparaissent chaque fois qu'ils se retrouvent dans ces conditions.

Skliar (1904) dans une revue détaillée de la question (2),

(1) On la trouvera résumée dans le très intéressant article que Ladame a consacré à ce sujet dans les Arch. d'antr. criminelle, d'oct. nov. 1909.

(2) Monatschrift für Psychiatrie de 1904.

où nous avons puisé largement pour l'exposé des idées de beaucoup des auteurs qui précèdent, montre son opinion sur ces folies en l'appuyant sur de nombreuses observations dont nous allons citer quelques-unes.

A. Délire alcoolique

1^{re} Observation. — D. Jacob, de Segenedorf (canton de Berne), cultivateur, 37 ans ; entré le 21 sept. 1899, sorti le 5 oct. 1899.

Il a été arrêté comme faux-monnayeur. Le lendemain soir de son incarcération, il entend et voit toutes sortes de choses terrifiantes, et démolit sa cellule ; son agitation va croissante puis se calme rapidement^e ; on le transfère à la station d'observation ; il y est bien orienté et ne se souvient plus de son accès ; il sort complètement guéri et est renvoyé en prison.

2^e Obs.— M. Christian, de Konitz, canton de Berne, valet de chambre, 50 ans ; entré le 10 juillet 1894, sorti le 24 octobre 1894.

D'après les gardiens, le délire commença le 2^e jour de la détention ; le malade démolissait le poêle et tout ce qu'il pouvait atteindre dans sa cellule. A l'entrée à la station d'observation, très halluciné, il parle d'animaux qui seraient sur le toit, de personnes qui lui parleraient. Désorientation dans le temps et dans l'espace. 4 semaines après, il est amélioré, mais ne reconnaît encore pas son entourage ; il se rétablit très lentement et sort guéri 3 mois après.

Dans ces deux observations, de même que dans trois autres que nous avons passées sous silence, le début de l'accès se produit au 2^e ou 3^e jour de la détention, ne dure que peu

de jours, et la guérison s'observe presque constante. Pour en expliquer l'étiologie, on a prétendu que c'était la privation de l'alcool qu'il fallait incriminer ; tel n'est pas l'avis de Speyr ni celui de Krapelin ; la cause résiderait plutôt dans les conditions inhérentes à la prison.

B. Psychoses aiguës sans fond pathologique

3° Obs. — B. Johann, de Langnaie (canton de Berne), 16 ans ; entré le 27. 4. 1898, sorti le 17. 6. 1898.

Il est arrêté pour vol. Son compagnon de cellule ne remarque au début que des pleurs, mais au 3° jour, il se met à déchirer ses habits, se tapit sous son lit, se lève la nuit et se jette contre les murs. A son arrivée à la station, sa conduite paraît être celle d'un fou. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace, déprimé, muet, se plaint de céphalée et d'insomnie. Il guérit rapidement et raconte que trois ans auparavant, il a eu une maladie nerveuse (choreïa minor). D'après les parents, il n'y a jamais eu de folie ni d'alcoolisme dans la famille. Il sort guéri complètement au bout de 2 mois, et 4 ans $\frac{1}{2}$ après, la guérison persistait.

4° Obs. — Sch. Jacob, de Zaziwill, cultivateur, né en 1861.

1^{er} séjour du 12. 4. 1893 au 11. 5. 1893.

2° séjour du 29. 12. 1893 au 1. 2. 1894.

Il entre en prison le 30. 3. 1893. Six jours après, le gardien remarque qu'il parle avec animation et qu'il voit des fantômes ; la veille, dit le médecin, il avait eu de la céphalée, et se plaignait déjà de ce que 2 fantômes le poursui-

vaient, lui tirant les oreilles et le piquant. Il cherche des gens dans son lit, trouve du poison dans ses aliments et ne mange rien. Il paraît oppressé, court de tous côtés, déchire sa chemise et ne dort pas. A son entrée à la station, le 12. 4., il est lucide, mais anxieux, ne se plaint plus de céphalée, n'est plus halluciné, ni désorienté ; la mémoire lui est revenue ; on le renvoie le 11. 5. Dans ses antécédents, à noter des céphalées fréquentes ; le père et un frère sont alcooliques. — Il revient le 29. 12. 1893, parce qu'en prison, il s'est cru persécuté ainsi que sa famille ; très halluciné, il se croyait en danger de mort. Céphalée persistante ; il voit des hommes verts et noirs qui lui font du mal. Il sort guéri le 1. 2. 1894 ; 8 ans $\frac{1}{2}$ plus tard, on n'avait pas observé de récurrence.

5° Obs. — G. Johann, de Ostermundigen (canton de Berne), 36 ans ; entré le 3. 8. 1892 ; sorti le 12. 4. 1893.

Il est en prison pour détournement de mineures depuis le 26. 6. Le 3° jour de sa détention, il commence à gémir, prétend qu'on veut l'empoisonner, crie, ne dort pas. Désorientation dans le temps et dans l'espace ; anxiété, hallucinations. Il ne veut rien manger, parce que, dit-il, ses aliments sont empoisonnés. Il cherche s'il n'y a personne sous son lit, entend des bruits de machines, appelle son chien ; il se plaint de bourdonnements d'oreilles, symptôme qui persiste encore quatre semaines, alors que l'orientation est revenue. Il avait déjà fait un séjour à Waldaù il y a 11 ans, pour tristesse, vertiges, céphalée, lumbago, lassitude générale, bourdonnements d'oreilles et insomnie. Son grand-père et son père étaient des alcooliques. Personnellement, il fut écrasé il y a 4 ans, perdit connaissance et garda le lit

longtemps. Il reconnaît avoir fait à quelques reprises des excès de boisson. Le 12. 4., il rentre en prison.

C. Psychoses évoluant sur un fond de dégénérescence.

a. Chez des imbéciles

6° Obs. — A. Friedrichs, de Sankt. Stephan (canton de Berne), valet, 31 ans ; entré le 19. 3. 1886 ; sorti le 9. 7. 1887.

Un père buveur ; lui-même apprenait très difficilement à l'école ; il a eu la fièvre typhoïde et une pneumonie ; il a des passions contre nature. A la prison de Berne, il entend des voix, reçoit des coups, se plaint de douleurs dans les membres, de céphalée, voit des éclairs, des fantômes. A celle de Schlesswyll, mêmes symptômes avec vertiges. A son arrivée à la station, les principaux signes consistent en céphalée, vertiges, bourdonnements, visions d'éclairs, d'étoiles, crampes, suffocations, anorexie, insomnie, idées de suicide. La guérison survint depuis.

7° Obs. — M. Anna, de Eriswyll, (canton de Berne), 43 ans. Entrée le 31. 7. 1884 ; sortie le 30. 9. 1885.

Arrêtée pour vol. En prison, on observe des signes d'excitation maniaque, elle veut tout déchirer, mais des périodes mélancoliques succèdent à ces accès. Survient une amélioration. Dans les antécédents, tristesse mélancolique à la mort de son enfant. C'est une faible d'esprit. Un nouveau séjour en prison provoqua le retour de la même symptomatologie.

b. Chez des psychopathes.

8° Obs. — St. Ernst, de Rigsau, (canton de Berne), coiffeur, né en 1867.

Séjours du 7. 4. 1894 au 8. 12. 1894

du 25. 11. 1897 au 4. 8. 1899.

du 23. 10. 1900 au 10. 12. 1900

du 31. 12. 1900 au 15. 3. 1901.

Père alcoolique. Un frère fantasque et buveur.

Personnellement, instabilité remarquable. Il a été arrêté pour vol. En prison, on observe des hallucinations auditives avec idées de persécution. A la sortie, il fait plusieurs méfaits, et a des hallucinations homosexuelles. De nouveau, emprisonnement; au cours duquel on observe des idées de persécution, avec céphalée, insomnie, bourdonnements. Apparition de nature sexuelle. A un nouveau séjour, on le trouve tournant en rond en chemise dans sa cellule, se croyant arrosé d'eau par une femme et disant que des gens l'accusent d'être un incendiaire. 8 jours plus tard, tout disparut.

c. Sur le terrain de l'hystérie

9° Obs. — Au bout de 2 jours d'emprisonnement, agitation, hallucinations visuelles (anges, diable, inconnus, ours), et auditives (défilé de soldats qui chantent). Crise d'hystérie, céphalée, à la suite de désagréments. Agitation destructrice. On la transporte dans une maison particulière. La mère était déjà hystérique.

10° Obs. — Hystérique à crises. Arrêtée pour vol et substitution d'enfants. — Au 2° jour, agitation, désorientation, idées de persécution par des servantes (à noter que l'une d'elles lui a réellement pris son mari autrefois) avec réactions dangereuses pour les gardiennes. 10 à 15 jours plus tard, stupeur mélancolique. Hallucinations persistantes, avec idées de suicide. Amélioration et guérison.

Si l'on réunit toutes ces observations de psychoses aiguës, des 21 sur qui porte l'étude, 18 sont survenues en cellule, 3 dans la prison commune ; il y avait 3 hystériques, 5 imbéciles, 9 psychopathes, 1 choréique. Le début se produisit 13 fois dans la première semaine. Parmi tous ces cas, on doit écarter le diagnostic de démence précoce, en raison de la courte durée et de la curabilité des accès. Le début se fait par du mutisme, du changement de caractère, puis surviennent des hallucinations avec idées délirantes de persécution, de mort, etc. L'acmé arrive en peu de jours, puis les symptômes disparaissent progressivement en commençant par la torpeur, l'angoisse, la céphalée. La plupart des cas se produisent chez des héréditaires ou des malades, mais certains des malades étaient tout à fait normaux avant l'accès.

C. Psychoses d'évolution

Skliar observe 5 démences précoces paranoïdes et 16 catatoniques. Le début était progressif, mais parfois aigu, surtout quand on avait eu recours à des punitions disciplinaires sévères. Il se produisait dans les 1^{res} semaines ou les 1^{ers} mois de la même manière que pour les psychoses aiguës observées précédemment.

D. Paranoïa.

13 cas, dont 9 non hallucinatoires et 4 avec hallucinations tenant le milieu entre les formes précédentes et la démence précoce paranoïde. On les observe plus dans la prison commune que dans la cellule. Le début est plus tardif et le développement plus lent que pour les autres psychoses. On note du mutisme et des lamentations hypocondriaques, puis un délire systématisé prend corps. Il tourne en général autour de la condamnation encourue ou du meurtre accompli ; le malade se croit innocent et entouré de criminels. Quelquefois ce délire est secondaire à une autre psychose.

En résumé, c'est bien la détention qui est la cause de la psychopathie, parce que c'est elle qui la fait naître, que la libération est d'un excellent effet, que pendant la vie libre, on n'observe rien de semblable, et qu'enfin, fréquemment, à chaque nouvelle incarcération, correspond un nouvel accès. La prolongation de l'emprisonnement et le récidivisme entraînent souvent la chronicité de l'affection. Ce sont les 1^{ers} jours de la détention qui sont les plus dangereux, mais l'accumulation des facteurs nuisibles de la prison peut pourtant aboutir au même résultat après de longues années. 63 % des sujets rentrent dans la catégorie des criminels par passion, les autres étant des criminels d'habitude.

Tels sont les documents très intéressants fournis par Skliar ; nous y avons insisté peut-être un peu longuement, mais la précision des observations et leur nombre nous ont paru tels que nous avons jugé utile de les rapporter.

Pour Bonhoffer (1907) la dégénérescence est le terrain

prédominant sur lequel se développent la plupart des psychoses qui atteignent les détenus, moins pourtant que ne le prétend Magnan, mais plus que ne l'admet Krapelin. La quantité des délires alcooliques est minime, car l'intoxication a eu presque toujours le temps de se dissiper. Il décrit 3 groupes de psychoses dégénératives :

a). Psychoses paranoïdes simples, où la débilité mentale est dominante ; la poussée aiguë est très souvent de la confusion mentale ; c'est un délire onirique, d'intoxication, qui laisse fréquemment comme séquelle un délire d'interprétation quérulant contre les gardiens. Dès leur naissance, ces gens ont été des inadaptables; Bonhoffer dit même qu'ils ont présenté le caractère des criminels-nés, mais leur état mental habituel n'est pas paranoïaque, ce qui les distingue des suivants.

b). Le tempérament paranoïaque entre les accès est au contraire à la base de la mentalité de ceux-ci, et leur délire peut être d'origine intérieure ou extérieure.

c). Ce sont des gens chez qui la fragilité de la conscience est le symptôme dégénératif essentiel ; certains simulent un autre sexe, vivent une autre personnalité en même temps que la leur.

Nacke (1907), critique ce mémoire et classe les observations de Bonhoffer sous les titres de démence précoce, paranoïa, folie morale.

Siefert (1907), subissant les influences doctrinales de Wernicke et de Krapelin, analyse 83 observations, et de propos délibéré, ne veut pas s'occuper de tout ce qui a été dit avant lui sur le sujet. Quoique le simple passage de la prison répressive dans la station d'observation médicale ait une influence bienfaisante des plus remarquables sur les

accès, il pense qu'il n'y a pas lieu de parler de folie pénitentiaire spécifique, et lui aussi met la dégénérescence à la base de la plupart des accès observés ; ce sont des troubles mentaux épisodiques des dégénérés. Il fait 2 grandes catégories de ses psychoses.

A.) Psychoses pénitentiaires dégénératives, artificiellement produites par la prison et comprenant.

a.) les états dégénératifs hystériformes.

b.) les formes simples de dégénérescence mentale formant la transition entre les dégénérés aliénés et les voleurs vulgaires ; on n'y observe pas de poussée aiguë.

c.) les formes fantastiques dégénératives.

d.) les formes de dégénérescence paranoïde, hallucinatoires ou quérulantes, ces dernières dues à la prison.

e.) les cas où les symptômes sont simulés, ce qui conduit le plus souvent à l'aliénation.

f.) les états dementiels.

B). Vraies psychoses, à base organique et à marche progressive sur qui peut se greffer parfois une psychose pénitentiaire. Ces états comprennent : l'épilepsie, la débilité mentale progressive, la démence précoce, la sénilité, l'alcoolisme, les états paralytiques.

En résumé, c'est la dégénérescence qui est à la base de la grande majorité des folies pénitentiaires et l'influence de la détention s'y voit nettement, tandis que la plupart du temps, la 2^e catégorie ne contient que des aliénés condamnés par erreur, et chez qui la maladie date d'avant l'incarcération.

Wilmans (1907) fait porter son étude sur 277 cas, et remarque la fréquence de la dégénérescence mentale et de la démence précoce, en opposition avec la rareté de la folie

maniaque dépressive et de la démence sénile. Il croit, au contraire de Siefert, que la démence précoce peut reconnaître comme cause déterminante l'incarcération, mais que l'élargissement peut l'arrêter au début. Il augmente encore le cadre de la dégénérescence mentale et y rattache l'imbécillité torpide, l'imbécillité irritable, la débilité morale, la pseudologie fantastique, l'hystérie, la dégénérescence épileptique avec combinaison de ces formes entre elles.

Les psychoses dégénératives aiguës relèvent de l'emprisonnement préventif et sont représentées par le syndrome de Ganser qui très fréquemment a son origine dans la simulation d'une psychopathie, et se complète par des symptômes hystériformes aboutissant à une véritable auto-suggestion (cf. trances des médiums).

Les psychoses dégénératives chroniques sont surtout le délire paranoïde systématisé des quérulants qui diffère de la paranoïa, et du délire des quérulants de Krapelin par son bon pronostic, sans tendance à la démence.

Lückcrath (1909) répartit ses 147 aliénés criminels en 3 groupes :

- a) dégénérés avec syndrome de Ganser
- b) dégénérés paranoïaques
 - A) idées délirantes simples : délire de préjudice
 - B) idées délirantes de grandeur et de persécution.
- c) dégénérés avec épisodes de surexcitation.

Dans l'ensemble, le pronostic est bon ; les idées délirantes dépendent de causes extérieures et sont par conséquent influençables ; enfin, ce ne sont pas des formes délirantes

progressives ; ces 3 points font le diagnostic avec la démence précoce (1).

Heinicke, de Waldheim (Saxe) publie (1911) l'observation d'une femme de 70 ans qui, sur les 42 années qui s'écoulèrent entre sa 1^{re} condamnation et le moment où on l'observa, en passa 33 en prison pour vols et escroqueries ; c'est une débile, chez qui surviennent en prison des idées de persécution et de grâce ; le délire de persécution se greffe sur un délire de grandeur et sur un délire de revendication, le tout accompagne l'acheminement vers la démence. Rapprochant son observation de celles de Rüdin, Heinicke conclut que délire présénile de grâce et délire sénile de persécution ont entre eux une étroite parenté.

La contribution apportée par les Allemands à l'étude des psychoses pénitenciaires est donc, nous avons raison de le dire au début de ces pages, considérable, mais il n'en est pas moins vrai que Français et Belges publièrent aussi sur la question des travaux importants que nous allons passer maintenant en revue.

TRAVAUX FRANÇAIS ET BELGES

Baillarger (1840) fut un des premiers auteurs français qui s'occupèrent du sujet. Georget, Ferrus, Vingtrinier, Lelut, sont parmi les noms à citer vers cette époque.

M. Millerand (1888) accuse, sans préciser, l'emprisonnement cellulaire de causer des troubles mentaux.

(1) Le résumé des travaux de Lückcrath, Wilmans, Siefert, Nacke, Bonhoffer et Jolly a été l'objet de la part de Ladame d'un travail auquel nous avons largement puisé pour rédiger cette partie de notre exposé.

Voisin (1888) prenant pour champ d'études la prison de Louvain montre dans un rapport communiqué à l'Académie de médecine que, depuis 1860, il y a eu 34 suicides et 30 cas d'aliénation pour 594 cellules ; la plupart de ces aliénés et suicidés étaient des héréditaires qui, à leur entrée en prison, présentaient des dispositions morbides, des antécédents cérébraux.

Un document de première importance nous est fourni par Semal, directeur de l'asile de Mons qui fit (1) un rapport très étudié et très écouté sur le sujet. Il a examiné 514 aliénés dans les prisons, mais n'en retient que 79 ; ce qui le frappe, c'est la très grande quantité de dégénérés, illettrés, incultes, prédisposés de toute sorte qui, par l'effet de la détention, versent dans l'aliénation ; presque aucun n'était sans tares avant son arrivée en prison, et ce qui le prouve, c'est que les artistes, les personnes appartenant aux professions libérales, les négociants, les gens riches, qui, la plupart du temps pour les premiers, souvent pour les seconds, ont une culture intellectuelle plus étendue et en général une hérédité moins lourde que dans les autres métiers, ne fournissent qu'un contingent infime à la statistique. Ayant bien insisté sur le terrain dégénératif, il indique comme formes les plus fréquentes des affections qui atteignent les individus, le « délire claustral » pour employer son expression, à base d'hallucinations auditives, le délire de persécution, les délires dépressifs, plaintifs. On peut même décrire, dit-il, une forme de délire pénitentiaire avec début marqué par des illusions qui se convertissent ensuite en hallucinations auditives, puis en délire de persécution, mégalomanie et

(1) Congrès de médecine mentale de Paris (1889).

quelquefois suicide. Il explique la prépondérance des psychoses à base d'hallucinations auditives par ce fait que l'ouïe étant le seul sens dont le libre exercice subsiste, elle se surmène, s'hypertrophie, ou encore parce que, avant leur incarcération, c'étaient des auditifs chez qui les représentations verbales se manifestaient avec le plus d'intensité.

Masoin (Congrès de Bruxelles 1903) incrimine lui aussi les prédispositions multiples que l'on constate presque toujours : dégénérescence, alcoolisme, idiotie, folie morale, qui ultérieurement ouvriront la porte toute grande aux psychoses, en particulier aux délires à base d'hallucinations auditives.

Pour Pactet, ces cas de psychoses doivent se rapporter à des formes assez restreintes. Il s'agit le plus souvent d'états mélancoliques, de confusion mentale d'origine toxique ou infectieuse, de psychose hébéphrénique et de délires toxiques principalement d'origine alcoolique, et le plus souvent reconnaissant pour cause une insuffisance hépatique, comme Klippel l'a montré le premier. On peut, dit-il, observer aussi chez eux, des phases d'excitation ou de dépression relevant de la folie intermittente.

Auparavant, (1) à son enquête internationale, il avait eu des réponses intéressantes. Dans un questionnaire, parmi bien d'autres interrogations, il avait posé la question suivante : Quelles sont les formes ordinaires d'aliénation mentale que vous avez observées a) chez les aliénés méconnus et condamnés ; b) chez les condamnés devenus aliénés ? L'opinion de Nacke nous est déjà connue.

Brayn, lui, dit : Tout, mais surtout paranoïa pour a.

(1) Enquête internationale sur l'aliénation mentale dans les prisons.

Morel et Raynaud répondent de même.

Piliz : démence précoce, folie circulaire, paranoïa, paralysie générale, catatonie, délire alcoolique par abstinence chez les buveurs, folie morale.

Nina-Rodriguez : b) délires de persécution et autres formes de démence précoce ; confusion mentale probablement préparée par une psychopolynévrite.

Chagnon : débilité mentale, débilité mentale avec alcoolisme et excitation maniaque, avec idées de persécution, dégénérescence mentale avec excitation maniaque, démence alcoolique, démence vésanique, délire systématisé progressif, épilepsie imbécillité.

Funaioli : folie épileptique, démence et délires systématisés.

Marro : pour b) manie, lypémanie, délire hallucinatoire, démence.

Mangazzini : pour b) paranoïa chronique et paranoïa hallucinatoire aiguë.

Oliva : délire systématisé, folie morale, imbécillité, excitation maniaque, folie épileptique.

Bechterew : pour b) psychoses hystérique et alcoolique, psychoses neurasthéniques ; chez les dégénérés : accès de psychoses hallucinatoires, hypocondrie, paralysie générale, mélancolie, démence sénile.

Chatelain : imbécillité, dégénérescence mentale, idiotie morale, paralysie générale, délire de persécution systématisé, alcoolisme, folie épileptique.

Serrigny : pour b) récurrence souvent ou accès chez des prédisposés.

Dans son traité de psychiatrie, Régis cite la détention comme cause occasionnelle de démence précoce et, plus loin : « L'accès de psychose alcoolique, dit-il, est suscep-

tible de survenir soit dans l'alcoolisme aigu, soit à un moment quelconque de l'empoisonnement chronique. Son apparition peut succéder à de copieux excès (*delirium a potu nimio*) comme au contraire à la suppression de l'excitant habituel (*delirium a potu suspenso*). Il est très fréquent également de voir l'accès survenir à la suite d'un choc moral ou physique, surtout d'une maladie intercurrente. C'est ainsi que se développe le délire alcoolique chez les prisonniers. Un rien suffit, chez des individus sourdement intoxiqués et saturés d'alcool pour éveiller ou réveiller les troubles cérébraux ».

Voici maintenant quelques observations de psychoses pénitentiaires qui nous sont personnelles; nous avons observé la plupart des malades à la prison St Paul dans les leçons au cours desquelles chaque mercredi, le P^r Et. Martin nous enseignait avec toute son autorité les relations étroites qui fréquemment unissent le criminel à la pathologie et devraient le rendre justiciable du médecin plus que du juge, ne négligeant d'ailleurs aucun des autres aspects de ce problème si vaste qu'est l'étude des criminels.

Observation I

F. Jean-Claude, né à Lyon en 1887.

Le père est un alcoolique et un ancien paludéen.

Personnellement, le malade eut une rougeole au régiment, une fièvre typhoïde à 15 ans ; il est d'une bonne santé habituelle. Son enfance fut peu surveillée et quoique apparemment d'intelligence ordinaire, il a une instruction des plus rudimentaires. Les rapports avec le juge furent plus

fréquents qu'avec l'instituteur, car on trouve des traces de son passage en prison en 1901 à 14 ans pour un vol, puis en 1910, début de 1912 et enfin le 14 oct. 1912 où un vol le fait condamner à 18 mois de prison et à la relégation.

Le 27 octobre, lorsque nous l'examinons, le gardien nous dit qu'il fait beaucoup de bruit dans sa cellule depuis quelques jours. C'est actuellement un malade agité, de mimique très vive, le visage inquiet. Il présente des idées de grandeur et de persécution et répète à chaque question sur son identité : « Je suis Napoléon II, fils de Napoléon I^{er} ; Jésus-Christ m'a ressuscité pour rétablir le royaume de mon père. Ce sont les Autrichiens qui m'ont enfermé ». Il prend les assistants pour des espions ou des soldats autrichiens. L'interrogatoire prolongé un quart d'heure ne permet pas d'en tirer autre chose. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace et se plaint d'une céphalée très vive. Il a un léger tremblement des doigts ; les pupilles égales réagissent bien. Il boit quelque peu d'alcool, mais pas d'absinthe.

Le 4 décembre, c'est-à-dire huit jours après, lorsque nous le revoyons, il est complètement guéri et ne se souvient pas avoir déliré la semaine précédente ; il rit de ce qu'on lui rappelle. Les jours suivants il se plaint d'insomnie la nuit, de somnolence la journée et est un peu fatigué.

En résumé, il s'agit d'un cas de confusion mentale hallucinatoire aiguë, né dans les premiers jours de la détention, par l'effet de l'emprisonnement, et sans qu'on puisse rien retrouver de semblable dans les antécédents.

Observation II.

R. François, 33 ans, teinturier, détenu pour infraction à un arrêt d'interdiction de séjour.

Père et mère morts de tuberculose.

Il eut la fièvre typhoïde et des accès de paludisme en Algérie où il fit son service militaire.

Dans ses antécédents judiciaires, on note deux condamnations pour tapage nocturne ; le 10 février 1913, on l'arrête pour l'infraction indiquée ci-dessus. Huit jours après son entrée, les gardiens remarquent qu'il s'agite beaucoup dans sa cellule, déchire ses effets, crie, commande un attelage imaginaire, mange ses excréments, mais refuse de s'alimenter d'une façon plus normale. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace. Cet accès dura 3 jours et 3 nuits, sans laisser de trace dans la mémoire du sujet.

Observation III.

Ce malade a été observé à l'hôpital militaire Desgenettes, dans le service de Monsieur le Médecin major Lévy.

B. âgé de 22 ans, appartenant à la section de répression du 123^e d'infanterie. Un oncle a été interné dans un asile d'aliénés ; son père est mort alcoolique. Personnellement, il eut une rougeole et une mastoïdite. Dès le plus jeune âge, s'observe un alcoolisme très marqué, consistant en excès d'absinthe surtout.

A la suite de vols, on le mit jusqu'à 18 ans dans une maison de correction qu'il quitta pour s'engager. La vie qu'il mena au régiment répondit à celle d'autrefois et on l'envoya à la section de répression d'Oléron, d'où, condamné à un an de prison, il fut dirigé sur le pénitencier d'Albertville.

Il était à la prison de Lyon depuis quelque temps, lorsque, s'étant couché comme d'habitude, il se leva un soir à 8 heures, et brisa tout dans sa cellule, s'acharnant sur des

chassis de croisée qu'il avait arrachés. Il se réveilla au cachot le lendemain, sans avoir conservé le moindre souvenir de son acte.

Dans ses antécédents, il convient de mentionner des vertiges et des absences, révélant le caractère d'équivalents psychiques de l'épilepsie, quoiqu'il n'y ait jamais eu de convulsions, et nous croyons que c'est à cette névrose qu'il faut rattacher le cas de ce malade, en raison de l'existence des vertiges, et du fait que cette crise a présenté une violence aveugle et une inconscience qui avec l'amnésie consécutive, revêtent bien les caractères de l'accès de fureur épileptique typique.

Auparavant, le sujet n'avait jamais rien présenté de semblable, car on ne peut pas rattacher à ce diagnostic les impulsions agressives que l'alcool lui donnait au régiment.

Nous sommes donc en présence d'un accès de fureur épileptique survenu chez un prisonnier, et quoique le cas soit moins nettement sous la dépendance de l'emprisonnement que pour le malade précédent, nous croyons néanmoins que la détention a eu une influence certaine dans son étiologie.

Nous rapprocherions volontiers cette observation d'une autre semblable que publiait dans sa thèse notre camarade le D^r Camors (1).

Il s'agit d'un soldat ; dans ses antécédents on relève des crises d'agitation nocturne, au cours desquelles il chantait, faisait grand tapage et cassait tous les objets à sa portée.

Au régiment, enfermé une nuit dans un local discipli-

(1) Camors. Th. Lyon 1912-1913. Observat. IV., p. 36.

naire à la suite de nombreuses punitions, il brisa deux châssis de croisée et au matin, on le trouva couché au milieu des carreaux en miettes, ne se souvenant absolument de rien.

N'ayant pas relevé de crise épileptique convulsive dans les antécédents, M. le Médecin principal Chavigny conclut dans son rapport après élimination de l'alcoolisme, à du somnambulisme.

Nous regrettons de ne pouvoir publier tout au long l'observation de Lacombe qui, accusé de plusieurs assassinats, tenta en avril 1913 de s'échapper de la prison de la Santé en sautant un mur pour arriver sur le toit ; cerné et sommé de descendre, il se jeta dans une cour et s'écrasa sur le sol. Les circonstances qui accompagnèrent ce suicide sont déjà par elles-mêmes assez extraordinaires et feraient à elles seules suspecter l'état mental du sujet, mais les journaux politiques transforment ces probabilités en certitude, lorsqu'ils écrivent par exemple ce qui suit : « Le bandit Lacombe donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Il se plaignait, depuis quelques jours, que dans la prison, on avait voulu l'empoisonner, avec du lait. Le lendemain, il se plaignait que dans la nuit, des gaz toxiques avaient été répandus dans sa cellule par le calorifère et qu'on voulait l'asphyxier ; tout autour de lui, il ne voyait que des gens qui en voulaient à sa vie » (Petit Journal). L'autopsie révéla qu'« il était dans un état physique remarquable ; tout au plus, présentait-il une adhérence d'un poumon à la plèvre, trace d'une ancienne pleurésie. Ajoutons enfin qu'il était atteint de gastrite chronique » (Matin). — Idées d'empoisonnement et de persécution survenues en prison, il nous semble qu'il est légitime de rapprocher ce

cas de ceux que nous avons relatés un peu partout dans le cours des pages qui précèdent.

Les quelques observations que nous allons citer maintenant sont relatives à des tentatives de suicide. « On se détruit, dit Lacassagne, pour échapper à une douleur trop vive, à une blessure de la vanité ou de l'orgueil, aux tortures de la jalousie, quelquefois aux souffrances d'un attachement brisé. En tout cas, le suicide est le résultat du désespoir ».

Mais souvent aussi de la maladie ; le persécuté se tue pour échapper à ses ennemis, l'épileptique, le dégénéré, parce qu'ils ne peuvent résister à l'impulsion qui les y pousse, le déprimé mélancolique par dégoût de la vie, par besoin d'échapper à la torture morale qui l'étreint.

Cette question du suicide n'est pas sans importance dans les prisons, lorsqu'on songe aux chiffres que publie chaque année le service de la statistique. Dans les maisons centrales, on en observa 6 en 1907, 2 en 1908, 4 en 1909, 2 en 1911. Dans les maisons d'arrêt et de correction, 25 en 1907, 17 en 1908, 23 en 1909, 17 en 1910, 29 en 1911. C'est surtout la dépression mélancolique qu'il convient d'incriminer dans nombre de cas, et c'est dans son étiologie que se manifeste le mieux l'influence de la détention.

En voici quelques exemples observés à la prison St Paul.

Observation IV.

D. 24 ans, condamné pour vol avec effraction.

Son père est un alcoolique. Fils unique, il eut une instruction primaire ordinaire ; il n'a guère travaillé avant son départ pour le régiment survenu après une condamnation

à 13 mois de prison pour vol. Pendant son service, il déserta à plusieurs reprises, fut envoyé aux compagnies de discipline et pénitentiers pendant 6 ans environ, dit avoir déjà à cette époque tenté de s'enfuir pour que la sentinelle lui tire dessus. A son retour en France, il travailla irrégulièrement et fut arrêté pour vol. Pendant ses huit mois de prévention, quelques idées de suicide survinrent, fugaces. Condamné à 6 ans de réclusion, il déclara à la cour qu'il se suiciderait. Effectivement, le lendemain soir, 21 janvier 1913, il prit le couvercle de la tinette de sa cellule, et après en avoir brisé la chaîne, se fit avec le rebord coupant, deux entailles profondes à la face antérieure du cou.

L'examen montre un homme de constitution moyenne, sans antécédents pathologiques nets, sauf quelques accès palustres en Afrique. Alcoolique, indisciplinable, il reste quelque temps sans répondre quand on l'interroge ; il présente une céphalée frontale accentuée, avec une amnésie assez marquée pour les faits anciens, moindre pour les faits récents. C'est en résumé un homme que la détention a déprimé et que la condamnation à une peine longue a poussé à une tentative de suicide.

Tout à fait comparable est le cas suivant.

Observation V.

G. Claude, 19 ans, manœuvre, détenu pour abus de confiance.

Parents vivants sans tares ni maladies, sauf peut être la syphilis que font soupçonner les fausses-couches répétées de la mère.

Il eut la pelade à 14 ans, la fièvre scarlatine peu après ;

traité à St Pothin pour la première affection, il y eut des troubles mentaux se manifestant sous forme d'impulsions très violentes au meurtre (il a failli étrangler son père) et à la destruction (bris de casseroles, de couteaux, etc.), qu'il regrette ensuite.

Arrêté pour abus de confiance, il ne dort pas depuis qu'il est en prison, reste assis, sombre, sans parler à ses voisins, et tente de se suicider à l'aide du gaz d'éclairage ; il pleure abondamment et demande à être soigné. Il avait déjà tenté à trois reprises de se détruire dans la vie libre.

Notre dernier cas se rapporte à un malade ancien paludéen chez qui des accès délirants survinrent en prison. Régis est un des auteurs qui ont le plus attiré l'attention sur ces faits ; il est fréquent de voir une bouffée délirante accompagner l'accès de fièvre paludéenne ; il l'est moins de la voir surgir indépendamment de tout accès. Ces cas existent **pour-**
tant et sont reconnaissables à la forme du délire, onirique presque toujours, comme lorsqu'il s'agit de confusion mentale ; les idées délirantes se rapportent souvent à la profession, ou bien sont pénibles, terrifiantes ; et l'on voit ainsi que, faute de connaître les antécédents des sujets, on peut être facilement induit en erreur et croire ces psychoses liées à l'alcoolisme.

Observation VI

K. M. 36 ans, évadé de la Guyane, arrêté pour vol.

A son arrivée en prison, le 3 Octobre 1911, il raconte qu'envoyé à la Guyane quoique innocent, il s'en est évadé pour donner à manger à sa famille. Il y eut les fièvres paludéennes, mais on ne peut obtenir d'autres renseignements

sur son passé. Il parle de son évasion et surtout de son passage dans les forêts où il aurait été mordu par des serpents, souvenir qu'il répète à maintes reprises ; il se plaint de ce que les fièvres l'ont tué, et l'empêchent de dormir la nuit. Il a simulé une tentative de suicide à la prison et a l'allure d'un halluciné.

Revu deux mois après, le 3 janvier 1912, il prétend être encore à la Guyane et attendre le bateau pour rentrer en France, mais on ne veut pas le laisser partir.

Le 10 janvier, il est fortement halluciné. Les crises hallucinatoires surviennent à peu près chaque jour et le prennent en général quand il défèque ; il gesticule, crie « Canaille ; tuez-le ». Ceci dure environ 2 minutes, puis il tombe le visage contre le sol, le corps raide, la face vultueuse, les pupilles dilatées, mais sans morsure de la langue, ni perte d'urine. Les doigts crispés égratignent le sol ; la crise se termine par un état de torpeur et de confusion mentale. Il ne répond pas aux questions et voit toujours des serpents.

ETUDE GÉNÉRALE

Faisant abstraction des noms des auteurs, nous allons réunir leurs opinions sous quelques rubriques pour synthétiser en quelque sorte les éléments épars de leurs travaux.

Les cas de folie observés en prison peuvent être répartis en 4 classes.

La 1^{re} comprend ceux qui apparaissent par l'effet de la détention chez des gens sains, étant admis pour la facilité de la classification que les dégénérés rentreront dans cette catégorie ; c'est la plus pure.

La 2° contient les poussées mentales aiguës greffées sur un fond pathologique évident.

La 3° renferme les psychopathies qui naissent en prison, mais pour lesquelles il est difficile de reconnaître une origine pénitentiaire ; elles sont nées là comme elles seraient nées ailleurs.

Dans la 4° que nous citons pour l'éliminer parce qu'elle n'appartient pas à notre étude, nous englobons tous les cas qui ont fait l'objet des études de Pactet et Colin : ce sont les aliénés méconnus et condamnés.

La dégénérescence est à la base de presque toutes les psychoses survenant par l'effet de la détention ; ce sont rarement des gens normaux qui sont atteints, mais le plus souvent des individus à hérédité chargée, chez les ascendants desquels les causes d'abâtardissement et de dégradation se sont accumulées. Evoluant sur ce fond dégénératif, presque toutes les psychoses se rencontrent, mais avec une préférence marquée pour les états d'excitation ou de dépression, de confusion, de délire.

C'est surtout la confusion mentale qui se voit le plus fréquemment, confusion, simple parfois, hallucinatoire souvent, d'un bon pronostic en règle générale, mais pouvant passer à l'état chronique, ou n'être que le début d'une démence précoce qui évoluera plus tardivement.

C'est ensuite tout l'ensemble des délires, soit à base d'interprétations, soit à base d'hallucinations, et celles de l'ouïe y sont prépondérantes, amenant quelquefois à leur suite un délire de grâce ; elles distancent de beaucoup celles de la vue, qui, elles, attestent bien souvent une intoxication alcoolique latente, ou celles du goût dont un délire d'empoisonnement est l'aboutissant fréquent.

Les états d'excitation et de dépression fournissent également une contribution importante à l'ensemble de ces psychoses ; états mélancoliques surtout qui ne s'expliquent que trop par la combinaison des facteurs physiques et moraux ; états maniaques moins fréquents qui ne font parfois qu'annoncer l'invasion d'une démence précoce ou que traduire l'intoxication alcoolique.

Avec le délire alcoolique, nous entrons dans la 2^e catégorie ; il a son origine en dehors de la prison, car les boissons alcooliques ne grèvent jamais bien lourdement le budget des maisons de détention, et il éclate en prison, comme il aurait certainement éclaté ailleurs, si au lieu de prendre le chemin de la prison, le sujet avait été dirigé sur l'asile ou était rentré chez lui. Mais il faut distinguer : ce que l'on a nommé délire par abstinence chez les buveurs, « *delirium a potu suspenso* » pour parler latin, n'est très souvent que la traduction d'une auto-intoxication hépatique, comme l'a montré Klippel ; beaucoup d'alcooliques sont en même temps des hépatiques, nous l'observons tous les jours dans les hôpitaux, et la cirrhose de Laënnec est là pour en témoigner ; or, l'insuffisance hépatique aiguë se traduit, comme beaucoup d'intoxications par du délire onirique auquel se joignent des cauchemars, des hallucinations terrifiantes, de la panopobie, etc., tous troubles qui sont la règle dans l'alcoolisme aigu ; et c'est pourquoi il paraît légitime de dire que ces accès sont sous l'influence d'un trouble du foie, et que, si alcoolisme il y a, cet alcoolisme est obligé pour se manifester dans ces conditions, de passer par le stade insuffisance hépatique.

Sur d'autres psychopathies antérieures à l'emprisonnement, se greffent parfois des poussées aiguës ; c'est le cas

chez les imbéciles, les idiots, les épileptiques, les hystériques.

N'est-ce point ici le lieu de parler du syndrome de Ganser ? Qu'il relève de l'hystérie ou de la démence précoce, ou d'autres psychoses, ce qui est certain, c'est qu'on l'observe chez des individus en prévention judiciaire ; réponses à côté (Vorbeantworten), réponses absurdes (unsinnige antworten), coq à l'âne, obnubilation de la conscience, hallucinations, amnésie, constituent ce syndrome qui pourrait être pris pour de la simulation, et que les Allemands font rentrer dans leurs états crépusculaires.

Puis, relevant moins directement de la prison, des psychoses qu'à l'exemple des Allemands, nous pourrions appeler Pseudogefangnispsychosen, et qui apparaissent pendant l'incarcération, comme elles seraient probablement apparues dans la vie libre : paralysie générale, quelquefois démence précoce, démence sénile, etc. La prison intervient sans doute pour en hâter l'apparition, peut-être pour les déformer.

Enfin, si, abusivement, nous voulions donner au mot de psychose pénitentiaire le sens de folie observée en prison, et non de folie née sous l'influence de la prison, nous ajouterions nombre d'états qui s'y poursuivent après avoir déjà parcouru une certaine phase de leur évolution dans la vie libre : psychose maniaque dépressive par exemple.

De tout cet exposé, que devons-nous conclure ?

La question de l'existence d'une psychose pénitentiaire ne nous semble pas se poser : presque toutes les formes de folie peuvent s'observer en prison. Il n'existe pas une maladie mentale spéciale créée par l'emprisonnement ; ce qui s'observe surtout, ce sont des bouffées délirantes sur-

venant chez des dégénérés, caractérisées par leur apparition rapide dans les premiers jours de la détention, par leur courte durée et leur bon pronostic habituel si l'on soustrait les malades à l'influence de la prison. Le rôle de la prison ressort d'ailleurs nettement de la lecture des chiffres suivants, (1) empruntés à la statistique pénitentiaire française.

(1) Le 1^{er} chiffre se rapporte aux hommes; le 2^e aux femmes.

Maisons centrales

	1907	1908	1909	1910	1911
détenus fous avant leur entrée	1-1	1-2	7-5	0-0	3-0
détenus devenus fous depuis leur entrée	7-4	5-2	1-0	5-0	8-3

Colonies pénitentiaires

	1907	1908	1909	1910	1911
détenus fous avant leur entrée	1	5	0	0	0
détenus devenus fous depuis leur entrée	5	2	3	5	7

	1907	1908	1909	1910	1911
Maisons d'arrêt, de (2) force et de correction	309-83	318-123	326-120	287-87	292-84

(2) Voir p. 55 les dates détaillées auxquelles survinrent ces psychoses dans les maisons d'arrêt.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans le chapitre précédent, nous avons vu quelles formes revêtaient les psychoses pénitentiaires ; nous allons étudier dans celui-ci sous quelles influences elles surviennent, comment la détention agit pour troubler d'une manière aussi frappante la seule chose qui, chez ces gens privés de leur liberté, leur appartienne encore en propre et se rie des chaînes : leur intelligence. Tous les facteurs dont nous exposerons le mode d'action, se combinent entre eux et la maladie est le résultat de causes multiples dont quelques-unes s'exercent depuis de longs mois, tant il est vrai de dire, comme le P^r J. Lépine, dans sa leçon d'inauguration, que la folie trouve rarement sa source dans les catastrophes morales, les émotions démesurées et soudaines. Mais le plus souvent c'est dans la recherche de causes moins subites, dans l'étude de la vie journalière du sujet, dans celle des habitudes de ses ascendants, que réside la découverte du motif qui explique pourquoi la prison sera fatale aux uns, sans effet sur les autres.

La question d'hérédité est prédominante, de quelque façon qu'on l'envisage : dégénérescence, hérédité alcoolique, vésanique, nerveuse, etc.

La dégénérescence intervient pour donner au terrain ses caractères particuliers, pour faciliter l'éclosion des poussées aiguës sous des influences qui, très probablement, n'auraient pas été préjudiciables à des sujets d'un équilibre mental suffisant, et pour imprimer une allure particulière aux psychoses qu'elle détermine. Ce sont des inadaptables qui, en même temps qu'ils font preuve de qualités parfois très brillantes, constituent un terrain remarquable sur lequel les influences extérieures bonnes ou mauvaises agissent puissamment, sans que leur action puisse être disciplinée d'une manière sérieuse ; elles sont acceptées par le sujet qui se les incorpore avec la plus grande facilité ; la mobilité des idées, l'impulsivité, complètent un ensemble qui se signale par son manque d'originalité. Dès lors, il est facile de comprendre que la mauvaise hygiène de la cellule, les préoccupations ou les regrets de tout ordre, aient un effet aussi pernicieux sur des sujets si admirablement préparés à en subir toute la rigueur.

Qu'y a-t-il d'ailleurs d'étonnant à voir la dégénérescence occuper une si grande place dans l'étiologie de ces psychoses ? « Le vice (1), le crime et la folie, ne sont séparés, a dit Féré que par des préjugés sociaux ; ils sont réunis par leur caractère commun de fatalité ; la criminalité peut être considérée comme une des formes inférieures de la dégénérescence ; l'hérédité criminelle est une variété de l'hérédité dégénérative. Nous laissons d'ailleurs au savant aliéniste la place qu'il a prise ainsi dans la question de la criminalité ; elle se ressent un peu trop peut-être de la doctrine lombro-

(1) Genil-Perrin. Th. Paris. 1912-1913, p. 224.

sienne, et la fatalité intervient dans l'étiologie héréditaire du crime avec une régularité moindre qu'il ne le voudrait ; la société joue son rôle dans la genèse de l'action délictueuse ; bouillon de culture, comme dit Lacassagne, du microbe qu'est le criminel, elle le fait participer de ses qualités et de ses défauts, mais en même temps elle entretient et développe même l'ensemble des tendances ancestrales dont ce dernier a hérité à sa naissance, et il faut le reconnaître, cette empreinte n'est pas toujours un bienfait : c'est quelquefois tout un ensemble de déformations créées par le crime, l'alcool, la tuberculose, la syphilis qui va constituer ce legs peu enviable, et suivant l'intensité de ces divers facteurs, ce sera l'imbécile, le débile ou le dégénéré supérieur qui sera le produit de tels générateurs.

De l'imbécile, nous aurons peu à nous occuper ; il souffre rarement des mauvaises conditions de la prison, car un examen, même superficiel, a eu tôt fait de l'en écarter au profit de l'asile ; le dégénéré supérieur, en raison même de l'ensemble brillant de la plupart de ses qualités, fait en général, lorsqu'il trébuche, l'objet d'une expertise. Restent les débilés, ces déshérités de l'intelligence et du jugement, pour parler comme Dallemagne, ces individus aux idées étroites, à la mémoire mécanique, à la volonté défaillante, ces êtres incapables d'attention et d'efforts, sans force d'imagination, et qui obéissent passivement aux suggestions d'autrui ; c'est de préférence sur eux que se font sentir avec le plus de rigueur les facteurs nuisibles de l'emprisonnement, et ils sont légion ; nous nous rallions volontiers à l'opinion de Knecht qui professe que le crime et la folie se présentent fréquemment comme les éléments conjugués de la dégénérescence progressive héréditaire, s'appuyant sur sa statis-

tique du pénitencier de Waldheim. Crime et folie sont donc souvent parents.

Que la folie ait précédé le crime, nous aurons à faire aux aliénés criminels de Pactet ; qu'elle l'ait suivi, nous serons en présence des criminels aliénés, dont nos psychoses pénitenciaires forment le chapitre le plus considérable. La statistique de Siefert accuse 48 dégénérés sur 83 malades, soit 58 % ; Wilmans donne le chiffre de 30 % ; Bonhoffer 35 % ; l'hérédité intervient dans 32 % des cas pour Kirn ; 40 % pour Moli ; 22 % pour Sommer ; 62 % pour Skliar. Semal indique 26 cas chez qui de douteuses prédispositions semblent avoir évolué sous l'action de causes inhérentes à la prison, contre 32 exempts de toute tare préalable. En résumé, variable en importance suivant les statistiques, la dégénérescence, ou, pour employer un terme plus compréhensif, l'hérédité, joue un rôle de tout premier ordre dans l'étiologie des folies pénitenciaires.

Pour ce qui est de l'âge, c'est surtout au cours de l'état adulte qu'elles éclatent ; au début particulièrement, lorsque la période de l'adolescence est à peine terminée, alors que le cerveau non plus que le corps de l'individu n'est encore suffisamment résistant ; c'est à cet âge où la démence précoce survient si fréquemment, que l'on observe nombre de cas. Il y a là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit pour l'armée, et les médecins militaires savent bien que l'incorporation est presque une pierre de touche pour éprouver la santé mentale d'un sujet. En prison, l'individu résiste d'autant moins bien à la secousse qu'il est plus jeune ; et puis, c'est dans l'âge adulte que les passions sont le plus vives, les sentiments le plus mobiles ; c'est alors que les pensées ont besoin pour s'alimenter du monde exté-

rieur, plus que dans la vieillesse qui se suffit davantage à elle-même, vit plus avec ses souvenirs, est généralement plus calme et plus renfermée. La statistique de Semal confirme cette opinion : dans la vie ordinaire, on note 46 aliénés % entre 20 et 50 ans, 81 % chez les prisonniers. Outre l'importance qu'il a dans la date d'éclosion de la psychose, l'âge intervient encore pour en déterminer la nature : bouffées de confusion mentale, démence précoce, ce sont les affections le plus fréquemment observées dans la première moitié de la vie ; les délires de revendication, de persécution, les démences, semblent être de préférence l'apanage de l'âge avancé. En somme, c'est un simple chapitre de pathologie mentale générale que nous écrivons ici, et ce qui est vrai pour l'ensemble des fous, ne saurait être faux pour un cas particulier.

La question du sexe ne paraît pas avoir une importance primordiale ; si l'on trouve moins de psychoses pénitentiaires chez les femmes que chez les hommes, c'est sans doute qu'elles sont moins nombreuses en prison, parce que les occasions qu'elles ont de se trouver en conflit avec le monde extérieur sont moins fréquentes ; mais, là, comme en pathologie mentale générale, quand elles trébuchent, elles s'écroulent ; elles résistent moins que ne le feraient les hommes, et la déchéance totale est plus rapide et plus complète, traduisant ainsi toute leur infériorité dans la lutte pour la vie.

Beaucoup plus intéressante à étudier est la question du récidivisme. Les récidivistes payent-ils un tribut plus lourd à ces folies, ou bien est-ce aux délinquants primaires qu'il faut réserver la première place ? Il semble bien que cette dernière hypothèse soit la bonne ; la très grande majorité

des cas ont été observés chez des sujets qui en étaient à leur première condamnation, quelquefois même dès l'incarcération préventive ; et il n'y a pas lieu de s'en étonner si l'on remarque que les souffrances morales qui éprouvent si durement les sujets à leur entrée en prison ne comptent plus pour grand'chose chez ceux pour qui la vie libre, loin d'être la règle, n'est plus qu'un épisode passager ; ils se sont habitués au séjour dans un espace restreint, avec les déféctuosités hygiéniques qui y sont liées et qui désormais, ne sauraient plus leur être dommageables ; aussi Semal n'en trouve-t-il que 40 sur 514 ; c'est aussi l'avis de Delbrück. Défectuosités hygiéniques, la chose est possible ; mais que sont-elles à côté de la vie misérable que mènent fréquemment ces gens dans les courtes périodes où la main de gendarme ne s'est pas appesantie sur eux ? Sans travail régulier, leurs antécédents les en empêchent, de même que leurs goûts, ils végètent, et c'est à la charité et au vol qu'ils empruntent leurs subsides ; profits bien maigres, auxquels la prison n'a rien à envier !

Cette infériorité du récidivisme n'est pourtant pas une règle constante, et à côté de l'observation de Heinicke, dont nous avons donné précédemment le résumé, nous voyons Skliar dire que la récidive, de même que la prolongation de l'emprisonnement aboutissent souvent à la chronicité des formes, et Jolly publier une observation, où un accès de manie aiguë hallucinatoire revint à quatre reprises, correspondant chaque fois à une nouvelle arrestation. Mais en somme, ces cas sont peu nombreux et ne sauraient infirmer en rien cette opinion que les délinquants primaires sont les victimes les plus fréquentes de beaucoup.

Les antécédents pathologiques personnels jouent dans la

genèse des psychoses un rôle qu'il est loin d'être indifférent de passer sous silence : la débilité physique marche quelquefois de pair avec la débilité mentale, et sans dire que les anomalies physiques traduisent toujours les anomalies mentales, il est fréquent néanmoins d'en noter la coïncidence. La syphilis et la tuberculose, la fièvre typhoïde ou une maladie infectieuse quelconque sont souvent la cause d'un état de moindre résistance cérébrale. L'alcoolisme et les intoxications exogènes, quand ils ne sont pas assez accusés pour déterminer à eux seuls un accès délirant, produisent le même effet. Puis c'est tout le chapitre des auto-intoxications, gastro-intestinale, hépatique, rénale, génitale (puberté, grossesse, ménopause, périodes menstruelles), ce sont tous les troubles causés par les glandes à sécrétion interne (thyroïde, surrénales, hypophyse, etc.) qu'il nous faudrait passer en revue ; chacun de ces troubles a son importance, quelquefois très grande, mais il agit là comme en pathologie mentale générale.

Hérédité, âge, sexe, récidivisme, maladies antérieures, voilà tout autant de facteurs, mais d'importance secondaire ; causes prédisposantes, si l'on veut ; quelles sont les causes déterminantes ? Elles résident dans la prison elle-même, source de douleurs morales, mais de plus, milieu antihygiénique au premier chef ; causes morales, causes physiques, voilà deux têtes de paragraphe qu'il nous reste à développer.

Faisant suite fréquemment à une longue période où le financier accumulait escroqueries sur escroqueries pour chercher à masquer les détournements passés, vivait dans la crainte incessante de se voir arrêter, où le mari épiait la trahison d'une femme, survient l'arrestation ; c'est alors la brusque suspension d'une activité quelquefois jusqu'ici très

intense, l'ennui des longues heures de captivité, toutes les forces dirigées vers un même but : l'espoir de se disculper, de sauver un reste d'honneur ; puis les entrevues avec la femme et les enfants dont la hantise poursuit longtemps le malheureux. C'est là plus qu'il n'en faut pour désespérer un cerveau que l'hérédité avait déjà rendu particulièrement susceptible. Ces causes morales ne frappent évidemment pas avec une force égale tous les sujets, et le fou moral se défendra avec une âpreté bien supérieure à celle du débile incapable de se guider par lui-même dans la vie, et auquel jusque-là, la sollicitude familiale a épargné les moindres soucis. Particulièrement agissantes pendant la période de détention préventive, leur rôle s'efface en même temps que l'individu se familiarise davantage avec son nouveau mode d'existence. Mais les soucis d'une défense, les émotions d'un procès et d'une condamnation vont prolonger le péril pendant quelque temps et à ce moment encore un accès délirant peut se produire ; plus tard, seuls entreront en ligne de compte les facteurs physiques d'une action autrement sûre, quoique plus lente et moins dramatique.

Au milieu de toutes ces préoccupations, comment s'étonner de voir apparaître les hallucinations auditives puisque l'ouïe est le seul sens dont le prisonnier ait encore la libre disposition ; Semal a bien insisté sur ce fait ; elle s'hypertrophie, se surmène ; le prisonnier est toujours aux aguets de bruits extérieurs, et dès qu'il entend une voix, il croit qu'elle lui annoncera sa libération, qu'elle lui donnera des nouvelles de sa famille. « Livré à ses réflexions qui gravitent dans un cercle restreint, où l'espoir d'une délivrance tient certes le premier rang, le prisonnier n'entend-il pas les mots qui expriment sa propre pensée comme si une voix

intérieure parlait délicatement à son oreille ? Tout porte à le croire, et comme nous savons déjà que l'hallucination de l'ouïe n'est que le degré le plus élevé de la représentation mentale auditive, rien de plus légitime que de trouver dans ce fait une preuve de la persistance de la personnalité à travers les vicissitudes de la vie. » (Semal).

Le délire de grâce sera un des résultats de ces hallucinations, ou bien le sujet prétendra qu'il a été condamné à tort, que le procès a été mal jugé, que les témoins ont commis des parjures, et il en sortira un délire de revendication, d'innocence.

Mais d'autres fois, sous l'effet des visites répétées que le prisonnier ne manquera pas de recevoir du pasteur ou de l'aumônier, sollicitée par leurs enseignements tendant à l'éveil du repentir, prendra naissance une religiosité souvent outrée, d'autant plus vive que parfois elle se produira après une période de torpeur religieuse plus longue ; le résultat fréquent en sera un délire mystique ou une forme spéciale imprimée aux idées mélancoliques que les troubles digestifs auront pu provoquer, surtout si l'emprisonnement se complique d'encellulement, le mysticisme s'exaltant par l'effet de la solitude.

Quel romancier n'a pas été tenté de décrire ces tortures morales ? L'effet dramatique est facile à trouver. Mais qu'elles sont loin de résumer tout l'ensemble des facteurs nocifs de l'emprisonnement ! D'une action bien autrement sûre, quoique moins frappante, sont les causes physiques dont l'influence, pour lente qu'elle soit, ne s'en fait pas pour cela attendre des années.

Que ce soit la prison ou la cellule, l'activité du détenu est suspendue ; c'était peut-être un cultivateur, un ouvrier, un

vagabond qui vivait de grand air et d'exercice autant que de pain ; la promenade quotidienne dans une courette étroite en tiendra lieu désormais, mesurée avec parcimonie ; cette sédentarité, à laquelle le sujet n'était pas préparé, trouble le jeu naturel des fonctions de nutrition, provoque la constipation, l'intoxication gastro-intestinale lente, source de tant de confusions mentales et de mélancolies. D'autant plus que les troubles digestifs trouveront la nourriture de l'établissement pour les entretenir avec sollicitude. Insuffisance et mauvaise qualité de l'alimentation, concourent au même but, et avec quel succès ! Il suffit pour s'en convaincre, d'abord de regarder le menu des prisons, ensuite de lire le chapitre que consacre tout traité de pathologie mentale à l'étiologie de la confusion mentale ou de la mélancolie. Un cahier général des charges dressé en 1830, détermine en effet de la manière suivante la ration alimentaire des détenus des maisons centrales : 750 gr. de pain composé d'un tiers de seigle et de deux tiers de froment ; un litre de soupe avec 90 gr. de pain blanc, et des légumes, et le dimanche 150 de viande. On prévoit d'ailleurs que ce régime peut paraître maigre, car on permet l'achat de vivres supplémentaires (pain, légumes, lait).

L'air et la lumière contribuent autant que la bonne nourriture ou l'exercice à l'entretien d'une bonne santé, physique ou mentale, et s'il est quelque chose qu'on puisse, sans crainte d'être taxé d'exagération, reprocher aux prisons, c'est bien leur manque absolu de confortable sous ce rapport. S'il est de belles prisons, et celle de Fresnes ne craint aucune comparaison à ce point de vue, nombreuses sont celles où les notions les plus élémentaires d'hygiène sont méprisées avec une élégante désinvolture ; comme si, là où

les souffrances morales et la privation de la liberté n'ont été suivies d'aucun effet, l'obscurité et l'air confiné pouvaient produire d'autre résultat que de faire souffrir inutilement des gens sur qui la menace et la crainte du châtiment sont restées inefficaces !

L'isolement qui pèse plus lourdement sur certaines natures plus exubérantes est la conséquence obligée d'une instruction quelquefois difficile ; il donne, nous l'avons vu, aux causes morales, leur maximum de puissance, et la pratique obligée du silence à laquelle on a recours dans certains établissements n'est pas pour changer le cours d'idées qui, à force d'être ressassées dans l'esprit du sujet, finissent par prendre corps et par se systématiser. Le travail n'est d'ailleurs obligatoire que pour les condamnés, mais les prévenus, les accusés, les détenus pour dettes, ne sont employés que sur leur demande aux travaux admis ou organisés dans la prison, et peuvent rester oisifs si bon leur semble.

L'isolement agit encore en favorisant au point de vue sexuel les pratiques solitaires ; l'onanisme, qu'il y a un certain temps, on chargeait de tant de méfaits, vit de la solitude ; pour moins nocif qu'on ne le croyait, il n'en est pas moins vrai qu'il provoque, quand il est exagéré, (et il est rare qu'il n'en soit pas ainsi) un affaiblissement de l'individu, cause débilitante parmi tant d'autres.

Pour parler chiffres, et pour préciser un peu l'importance respective de chacun de ces éléments, nous prendrons la statistique de Semal, mettant ainsi une fois de plus à contribution le rapport du médecin de Mons ;

Sur ses 79 cas, il incrimine comme causes pathogènes :

35 fois l'insuffisance alimentaire

28 fois l'isolement cellulaire

29 fois l'onanisme

10 fois la perte de liberté

9 fois les causes morales connexes de la condamnation.

Il est bien certain pourtant que tous ne souffriront pas à un égal degré ; l'ouvrier mineur qui passe la moitié de sa vie au fond de sa galerie de mine, réduit à la lumière de sa lampe, et respirant un air surchargé de poussières ou de gaz toxiques, le vagabond ou le miséreux pour qui le régime de la prison est un objet d'envie, à tel point que, la mauvaise saison approchant, il commet fréquemment un délit qui lui permettra d'avoir le couvert assuré, pâtissent moins du mode de vie de la prison que tel autre qui aime à faire ripaille et pour qui le plaisir du ventre est le suprême bonheur.

En somme, ce qui est dangereux, c'est le changement, c'est la secousse provoquée par la transplantation brusque dans un nouveau milieu, l'obligation de s'adapter du jour au lendemain à un nouveau genre de vie.

C'est bien ce qu'exprimait un psychologue contemporain, Dumas, lorsqu'il prétendait ramener le chagrin et la douleur à la cessation brusque d'habitudes depuis longtemps contractées ; la douleur que cause la mort d'une personne chère n'est peut-être pas autre chose que l'obligation où nous sommes de rompre brusquement avec tout un ensemble de coutumes qui nous étaient chères.

Et c'est pourquoi nous voyons éclater l'immense majorité des accès délirants dès les premiers temps de l'emprisonnement alors que l'adaptation ne s'est pas encore faite ; avec le temps, les causes morales s'effaceront, pour laisser place aux autres, pour permettre à l'intoxication gastro-intestinale

d'agir sûrement. Les chiffres suivants (1) empruntés à la statistique pénitentiaire de France confirment cette hypothèse. Les troubles mentaux se manifestèrent aux époques suivantes :

1907	271-80	17-0	3-1	5-1	11-0	1-1	0-0	1-0
1908	278-117	7-1	6-0	11-5	12-0	3-0	1-0	0-0
1909	276-113	12-1	7-1	20-5	6-0	3-0	2-0	0-0
1910	253-83	10-2	6-1	14-1	0-0	3-0	1-0	0-0
1911	251-82	1-0	4-0	15-1	7-1	2-0	4-0	2-0

(1) Le 1^{er} chiffre se rapporte aux hommes; le 2^e aux femmes.

CHAPITRE IV

CELLULE ET PRISON

Dans le cours de cet exposé, nous avons à dessein étudié côte à côte, et sans faire de distinctions entre elles, l'influence de la prison commune et celle de la cellule. Pourtant, il est certains facteurs qui agissent d'une manière plus intense pour l'une que pour l'autre.

L'emprisonnement cellulaire est celui qu'on a chargé du plus grand nombre de méfaits, et nous avons vu qu'à la Chambre des députés, M. Millerand, alors rapporteur du budget de la justice, s'était fait en 1888, l'écho de ces accusations.

Le régime d'isolement est rigoureux, le fait est certain, et pourtant il est nécessaire ; il l'est pour les jeunes prisonniers auxquels il évitera la fréquentation d'individus plus expérimentés dans le crime ; il l'est pour les nécessités d'une instruction quelquefois très difficile ; il l'est pour bien d'autres raisons encore. Il n'empêche ; malgré sa nécessité et son bon effet moral, il est généralement plus pénible à supporter que le régime en commun : défaut d'exercice, d'air, de lumière, oisiveté vont combiner leurs efforts pour frapper durement dès les premiers jours. Les visites du médecin, du directeur, de l'avocat, de l'aumônier rompront

peut-être quelque peu la solitude, mais leur fréquence n'est point telle qu'elle puisse élargir beaucoup le cercle dans lequel tournent les idées du prisonnier ; la douleur morale que ne combat pas la pensée de conserver sa dignité vis-à-vis des autres détenus, se donne libre cours.

Le régime en commun paraît moins dangereux ; la fréquentation des autres détenus contribue à distraire le sujet de ses préoccupations ; la vie est plus réglée, l'oisiveté moins pernicieuse parce qu'elle est moins fréquente. Mais le régime alimentaire y est le même et nombre de facteurs déprimants sont communs aux deux modes de détention ; il faudrait pourtant noter la plus grande fréquence des hallucinations auditives dans le régime cellulaire, d'après Semal. C'est d'ailleurs l'opinion que formulait Masoin au congrès de Bruxelles 1903 : « La réclusion favorise le développement des hallucinations, et tout particulièrement des hallucinations auditives ; or, la lutte qui s'engage contre la sensation fausse, place le cerveau dans une situation fort critique vis-à-vis d'une invasion de la folie ».

D'autre part, Schüle trouve que la cellule est 6 fois plus nocive que la prison ; Mountjoy (de Dublin), pense de même ; Skliar donne 43 psychoses d'encellulement contre 15 d'emprisonnement, tandis que Gütsch donne les chiffres de 23 contre 36, et que Béranger attribue à l'une et à l'autre la même importance. Pour les formes de folie, Skliar croit que la 1^{re} détermine de préférence les accès aigus, la 2^e les maladies chroniques.

La cellule serait plus particulièrement fatale aux imbéciles, aux hystériques, aux psychopathes ; c'est l'opinion de Delbrück, Knecht, Moli, Gunther ; de plus, Delbrück croit que ce sont surtout les adolescents qui sont le plus sensibles

à son action, tandis que Gùtsch et Skliar sont d'avis contraire, mais le dernier ajoute que son opinion pourrait bien ne tenir qu'à ce fait qu'il y a plus d'adultes que d'adolescents dans les cellules. Hurbin croit que l'encellulement diminue le nombre et la récidive des crimes, mais qu'il est dangereux à la santé ; toutefois, il est possible que cette supériorité tienne à la plus grande facilité que l'on a de reconnaître plus tôt les cas de psychose.

CHAPITRE V

HOSPITALISATION

Ces gens, que ce soient des inculpés ou des condamnés, sont des malades qu'il faut soigner. Or, force est bien de constater qu'actuellement tout n'est pas pour le mieux. C'est aux gardiens que d'ordinaire, il appartient de signaler les cas de psychose qu'ils observent ; mais quelle que soit leur valeur professionnelle, ils n'ont pas reçu l'instruction médicale nécessaire pour remplir ce rôle d'une façon satisfaisante ; si un accès maniaque passe rarement inaperçu, il en est quelquefois tout autrement d'idées mélancoliques peu accentuées que l'on prend pour l'exagération bien naturelle du remords ; pour un esprit non averti, une confusion mentale passe facilement pour de la paresse dans ses phases de début. Le reproche ne peut en être fait aux gardiens ; mais il serait souhaitable de voir s'établir une mesure analogue à celle qui figure dans le système belge (1) : nous voulons parler de la création de médecins inspecteurs des prisons, qui même sans convocation, seraient tenus, lors de leurs visites trimestrielles, de signer la feuille de punitions de chaque détenu ayant été l'objet de mesures disci-

(1) Voy. à ce sujet : Pactet, Colin « Les aliénés dans les prisons ».

plinaires réitérées ; à l'arrivée de l'inspecteur, le directeur de la prison devrait lui fournir tous les renseignements concernant le sujet et sa famille. Rappelons qu'en Hollande aussi existe quelque chose de semblable ; outre le service médical ordinaire, les prisons sont visitées par les inspecteurs de l'Etat et le directeur de l'asile de l'Etat.

La psychose signalée par les gardiens, il ne s'ensuit pas fatalement que le malade soit assuré de voir son état traité comme il convient ; trop nombreux sont les médecins des prisons à qui les plus simples notions de la psychiatrie sont étrangères. N'y aurait-il pas lieu d'exiger de leur part des connaissances au moins élémentaires de cette partie de la médecine comme on le réclame un peu partout ?

En Allemagne, Nacke est de cet avis, et d'après lui, on ferait bien, si la chose était possible, de ne confier les postes de médecins des prisons qu'à des aliénistes. C'est là l'opinion de la plupart des psychiâtres. Serrigny va même plus loin et dit : J'estime que les médecins des prisons devraient être nommés au même titre que ceux des asiles et avoir tous fait un stage dans un asile, de façon à savoir diagnostiquer une maladie mentale. Ce devrait être une condition de nomination essentielle. Les directeurs des prisons et les principaux surveillants devraient eux aussi posséder quelques notions d'aliénation ; ce n'est pas qu'on les exigerait pour leur nomination, mais un spécialiste les leur enseignerait dans des leçons obligatoires.

Ce vœu ne rallie pourtant pas l'unanimité des suffrages, et Struettens, au congrès pénitentiaire de Bruxelles (1910) s'était même montré opposé à l'idée d'études psychiatriques préalables pour les médecins des prisons. C'est là une exception, et actuellement, il s'en faut de bien peu que l'ac-

cord ne règne. Bien mieux, l'idée de nommer comme directeurs, des médecins, a fait son chemin, et le P^r Et. Martin montrait dans les Arch. d'anthrop. criminelle (déc. 1911) que l'Allemagne cherche à leur confier ces postes avec des appointements variant de 3600 à 7200 marks.

De détenu, le sujet est devenu suspect ; il faut l'examiner, puis le soigner ; c'est ici que se pose plus particulièrement la question d'assistance. Elle est vieille d'un bon demi-siècle ; on la trouvera exposée tout au long dans l'excellent article que lui consacrèrent MM. Juquelier et Filassier (1) ; nous n'en montrerons ici que les étapes principales.

Lancée pour la première fois par Georget en 1828, reprise par Ferrus et Brierre de Boismont dans les vingt années suivantes, l'idée qu'il fallait séparer les aliénés ayant commis des crimes des autres fous, reçut un commencement d'exécution en France par la création d'une section particulière de l'asile de Bicêtre : la Sûreté, dans laquelle on plaça une trentaine de prévenus dangereux et de condamnés devenus aliénés.

Parchappe (1851) encouragea cette tendance et préconisa même l'institution de quartiers d'aliénés annexés aux maisons de détention. Aux Etats-Unis, l'organisation de la prison d'Auburn (1859) réalisa ce vœu. En 1860, l'Angleterre décida la construction d'asiles spéciaux aux aliénés criminels et complètement indépendants : Broadmoor (Berks-hire), puis Perth (Ecosse) ; ce dernier pourtant se rattachait administrativement à la prison centrale de Perth. En 1865, dans le Grand duché de Bade, s'ouvrit une division de la prison de Bruchsal pour aliénés criminels. Une période de

(1) Revue philanthropique du 15 Décembre 1909.

repos succéda, pendant laquelle, si on ne construisit rien, on discuta beaucoup ; mais 1875 et 1876 virent l'ouverture du quartier de l'asile de Froidmont (Belgique), du quartier annexé à la prison de Waldheim (Saxe), du manicomie d'Anversa (Italie), de l'établissement de Gaillon (France). En 1878, s'ouvrit à la Société médico-psychologique de Paris un important débat concernant l'assistance des aliénés criminels qui fortifia l'idée de l'asile spécial. Les discussions sur ses avantages, sur la nécessité du triage des prisonniers, sur l'intervention de la justice dans ces questions se multiplièrent, aboutissant à des projets de loi restés d'ailleurs en suspens. En 1886, le manicomie judiciaire de Montelupo s'ouvrit en Espagne, et en 1888, ce fut au tour du quartier annexé à la prison de Moabit, à Berlin. Le système belge sur l'inspection médicale des prisons vit sa mise en vigueur en 1889 grâce à Semal et au ministre Le Jeune. A la Société Générale des prisons en 1897, Colin appuya la proposition de M. Motet réclamant, pour faciliter l'expertise médicale, l'établissement dans les prisons de petits quartiers d'observation où d'ailleurs le séjour ne serait jamais que très limité. En 1898, Bonhoffer, à propos de l'ouverture du quartier spécial annexé à la prison de Breslau, vantait l'installation de pareils services « terrain commun d'études aux criminalistes et aux psychiatres ». Le quartier de sûreté de l'asile de Düren (1900) reçut entre autres malades les criminels devenus aliénés. En 1901, les états d'Iowa, d'Ohio, du Maine construisirent leurs quartiers annexés aux établissements pénitentiaires. En France, l'évolution est bien moins rapide : Gaillon est désaffecté (1901), mais en Belgique, Masoin, et en Hongrie, Krayatsch continuent leurs études sur ce sujet et ce dernier se déclare partisan du sys-

tème allemand d'annexes aux prisons pour observer passagèrement les détenus suspects, soigner les malades vicieux et dangereux des asiles ordinaires. — Survient en 1903 l'ouvrage de Sérieux dont deux des quatre conclusions sont à signaler ; elles demandent la création d'un asile central d'Etat, ou mieux de quatre quartiers spéciaux annexés à des établissements pénitentiaires, situés près d'une ville universitaire, destinés à recevoir les condamnés devenus aliénés ; leur peine terminée, si ces détenus ne sont pas guéris et sont encore dangereux, on les mettrait dans un des trois asiles de sûreté régionaux projetés ; ils auraient comme compagnons les aliénés ayant commis un crime avant ou depuis leur internement, les alcooliques récidivistes, les sujets à responsabilité dite atténuée.

A propos du premier projet, Nacke revient à la charge et dit que pour sa part il préfère les annexes aux maisons de détention, à condition toutefois qu'elles soient médicales et ne dépendent des prisons que pour les questions administratives. Au Congrès d'Amsterdam (1907), J. Morel soutient toujours les annexes aux prisons. De très nombreux travaux parurent depuis et se multiplient chaque jour ; presque tous concernent les aliénés difficiles, épileptiques ou alcooliques, ou bien sont consacrés aux mesures propres à hospitaliser les aliénés criminels. Juquelier et Filassier, dont nous venons de parcourir l'ouvrage, concluent en disant que, à quelque moment que soit constatée l'aliénation, la place des malades n'est pas en prison. Ils recherchent les mesures les plus aptes à les soigner, à les garder et à les empêcher de nuire aux autres aliénés ; ils rejettent délibérément l'asile ordinaire qui ne satisfait point à cette dernière exigence, et font leur l'idée de l'asile spécial ; elle ne prê-

terait pas le flanc aux critiques faciles à adresser aux annexes des prisons. Ils craignent en effet que ces dernières ne souffrent moralement ou matériellement de leur voisinage pénitentiaire, acceptant cependant de voir s'organiser dans les prisons de petits quartiers d'observation où le séjour des suspects ne dépasserait pas la date de la décision définitive ; ce serait alors à la prison où à l'asile spécial qu'il appartiendrait de les recueillir.

Nous avons vu dans ces dernières pages leurs idées sur ce sujet ; elles sont loin de refléter l'opinion unanime : Keraval, au congrès d'anthr. criminelle de 1911, formulait le même vœu que la plupart des Allemands depuis longtemps, que le P^r Martin plus récemment, tendant à traiter les criminels aliénés à côté des prisons, mais dans une annexe. L'asile spécial et le quartier d'asile ordinaire ont cependant, il faut le reconnaître, de nombreux partisans : Klinke (1896), Røsing (1900), Longard (1901), Aschaffenburg (1902), entre autres ; c'est la réponse faite à Pactet par Brayn, Pilcz, Morel, Chagnon, Ruysch, Bechterew, Chatelain, Nina-Rodriguez, Funaioli, Oliva.

Sans vouloir poursuivre davantage une énumération fastidieuse, remarquons que la plupart des auteurs ont pris parti pour une des solutions : asile ordinaire, quartier spécial, asile spécial, annexe aux prisons. Une chose nous paraît être hors de discussion quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur cette question : l'examen des malades suspects est des plus difficiles à réaliser sérieusement dans l'intérieur de la prison ; les gardiens sont les seules personnes auxquelles on ait recours dans l'intervalle des visites médicales, et de toute évidence, leur incompétence en la matière est absolue, soit par défaut d'observation attentive,

soit par esprit différent de celui qui s'impose ; de plus, leurs occupations ne consistent pas uniquement en la surveillance des faits et gestes d'un seul détenu. Un personnel infirmier ne peut pas d'autre part les remplacer dans cette mission ; c'est une question de discipline et de sûreté intérieure.

Il semblerait logique d'admettre la création d'un établissement spécial qui dépendît administrativement du service pénitentiaire et où la surveillance continue fût possible et effective.

Le mauvais état psychique constaté, le malade ne devrait pas, à notre avis, changer de milieu ; ces psychoses, nous l'avons vu, sont d'un bon pronostic à condition que l'on soustraie les sujets à l'influence de la cellule ; mais pourquoi vouloir les transférer dans un asile, que ce soit un quartier spécial, ou un asile spécial ? Dans l'asile ordinaire, ils peuvent par leur présence, troubler les autres malades, car il ne faut pas oublier que ce sont des prisonniers, quelquefois des criminels dangereux, à absence totale de moralité ; ils peuvent, dans leurs intervalles lucides, ou même après leur guérison, pour peu que le retour à la prison ne lui fasse pas suite immédiatement, pervertir les autres malades ; la contagion du crime est grande ; ils peuvent être un sujet de désordre pour le quartier où ils ont été placés. Et puis, que deviendrait avec eux la tendance que l'on a de plus en plus de considérer l'asile comme un hôpital et non comme une garderie, d'ouvrir portes et fenêtres ? Ce serait un moyen d'évasion facile à trouver pour les prisonniers à qui la détention pèserait un peu lourdement.

Les mettre dans un asile spécial où ils voisineraient avec les aliénés à tendances perverses, les aliénés criminels ? On voit mal quel avantage il y aurait là sur le système allemand

de l'annexe à la prison ; dans celle de Braiuweiler, dit le P^r Martin, les délirants sont placés dans de petits dortoirs de 3 ou 4 lits, ou dans des cellules de sûreté isolées les unes des autres, et admirablement aménagées pour permettre à l'air et à la lumière d'y pénétrer largement. On y multiplie les moyens de surveillance ; on y affecte des gardiens auxiliaires qui ont un diplôme d'infirmier : 20 surveillants pour 60 malades. La question de thérapeutique y est résolue ; celle de surveillance l'est également : l'enceinte de l'établissement les sépare de la vie libre avec le factionnaire pour la compléter. Mais surtout, avantage appréciable, il y a peu à se préoccuper de la question financière ; le budget de la prison pourvoit à tout, sans grande augmentation de dépenses ; il n'en serait plus de même avec les frais qu'entraîneraient la construction de l'asile spécial, et l'entretien du personnel que nécessiterait un pareil établissement. Le passage du malade de la prison à l'annexe serait plus rapide et plus facile, ce qui serait tout avantage. A ces annexes, seraient attachés des médecins aliénistes de renom ; on pourrait ne les instituer que sur certains points, dans les villes universitaires par exemple ; l'enseignement et les recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle auraient tout à y gagner.

Sérieux nous montre ce qui reste à faire en cette matière : alors que l'Allemagne possède les annexes aux prisons de Cologne, Munster, Berlin, Halle, Graudenz, Breslau, Waldheim, que l'Angleterre, l'Amérique, l'Italie, ont agi de même, en France, il n'y a plus rien, puisque Gaillon est désaffecté et les criminels qui y étaient hospitalisés, répartis dans les asiles départementaux.

Il y a pourtant une question d'espèce à envisager : l'an-

nexe convient admirablement à l'observation des détenus suspects ; elle est également très bonne pour l'hospitalisation des psychoses aiguës ; mais elle ne saurait, sans s'encombrer, s'alourdir des formes chroniques à évolution lente et fatale : les démences par exemple ; il n'y aurait dès lors aucun inconvénient à la voir s'en décharger sur les asiles ; l'état mental de ces sujets et le pronostic fatal de leur affection ne permettent plus de voir en eux que des malades, et les craintes d'évasion passent au second plan. Formes aiguës dans les annexes des prisons, formes chroniques dans les asiles ; telle nous paraît être la meilleure manière de traiter les psychoses pénitentiaires.

Dans son traité de Médecine légale des aliénés, Krafft Ebing a émis pourtant quelques excellentes idées qui complètent heureusement la formule précédente. S'il est à craindre, dit-il, que sous l'influence de l'encellulement, ne survienne une maladie mentale, le juge fera sagement de remplacer la peine d'emprisonnement par l'amende, chaque fois que la chose lui sera possible, en matière correctionnelle par exemple. Les cas de psychose pénitentiaire justifieront d'autre part un recours en grâce. Enfin, quand, dans la prison préventive, on constate des symptômes menaçants ou une maladie mentale confirmée, on pourrait ordonner la mise en liberté sous caution quand les circonstances le permettent.

CONCLUSIONS

1. L'emprisonnement, qu'il soit ou non cellulaire, est capable de déterminer l'apparition de psychoses chez ceux qui y sont condamnés.
2. C'est par l'accumulation d'une série de facteurs physiques et moraux que la détention est redoutable; physiques, c'est dans le défaut d'aération et de lumière de la cellule, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de l'alimentation, le défaut d'exercice, l'isolement, qu'il faut les rechercher. Moraux, ce sont toutes les circonstances qui précèdent l'arrestation, les sentiments de honte, de remords, les préoccupations que déterminent la défense et les soucis du procès.
3. Ils n'agissent d'ailleurs en règle générale que sur des débiles, des dégénérés, des prédisposés de toute espèce; ce sont les délinquants primaires qui entrent dans les statistiques pour la majeure partie.
4. Il n'existe pas de psychose spéciale créée par l'emprisonnement. Les formes observées le plus fréquemment consistent en bouffées de confusion, en délires de persécution, de revendication, de grâce, hallucinatoires ou

non, en alternatives d'excitation et de dépression. Elles sont remarquables par leur éclosion brusque, le plus souvent dès les premiers jours de la détention, leur évolution rapide, et leur pronostic excellent à condition que l'on soigne les malades en les soustrayant aux conditions débilitantes de la cellule.

5. Mention spéciale doit être faite des suicides, fréquents surtout chez les déprimés mélancoliques.
6. En dehors de ces cas, peuvent se développer en prison toutes sortes de psychoses dans l'étiologie desquelles la détention n'est probablement pour rien : les démences paralytique ou sénile en sont le type. Peut-être cependant apparaissent-elles plus tôt que dans la vie libre.
7. Il est à souhaiter que l'on crée des annexes aux prisons, à la fois pour observer et pour soigner les malades aigus; elles ne constitueraient pour les formes chroniques qu'une étape vers l'asile.
8. On compléterait utilement cette mesure en instituant un corps d'inspecteurs médicaux des prisons, et en exigeant des médecins des établissements pénitentiaires la preuve d'études psychiatriques préalables.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE MARTIN

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Novembre 1913
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLARGER. — De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire. (Gazette Médicale de Paris, 29 février 1840)
- BAR. — Der Verbrecher. (Leipzig 1893, pp. 258 et 263).
- BOEUF. — Répétition de droit criminel. (18^e édit., p. 77).
- BONHOFFER — (Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1899, pp. 231-232.)
- Du même* — Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven und Geisteskrankheiten ; von Pr Hoche, 7^e vol., 6^e fasc., Halle [C. Marhold] 1907).
- CAMORS. — (Th. Lyon 1912-1913). Les états seconds dans l'armée, p. 36.
- COLIN-PACTET. — Les aliénés dans les prisons. (Encycl. des aide-mémoire-Masson).
- DELBRUCK. — Die Seelenstörungen in den Strafanstalten (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd xx, pp. 446-448 et 472, Bd xiv, pp. 373-376).
- DJEKOFF. — Verbrechen und Wahnsinn. (Ref. in allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd XLIII, pp. 162-163, 1884, p. 162).
- FÉRÉ. — La famille névropathique. (Paris, Alcan 1894).
- Du même*: — Dégénérescence et criminalité. (Paris, Alcan 1888).
- FILASSIER-JUQUELIER. — L'assistance aux aliénés criminels et dangereux au XIX^e siècle. (Revue philanthropique, 15 Décembre 1909),

- GENIL-PERRIN — L'idée de dégénérescence en médecine mentale. (Th. Paris, 1912-1913, p. 224).
- GUNTHER — Über Behandlung und Unterbringung geisteskranker Verbrecher. (1883).
- GUTSCH. — Über Seelenstörungen in Einzelhaft. (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd xiv, pp. 28-36).
- HEINICKE. — Ein seltener Fall von seniler Geistesstörung. (Archiv. für Psychiatrie, Bd XLVIII, 1911, p. 1091).
- HURBIN. — Die Einzelhaft. J. f. Schweiz, Strafrecht, 1900, p. 20).
- JOLLY. — Degenerationspsychose und Paranoia. (Charité Annalen, 27^e année, p. 465, Berlin 1903).
- JUQUELIER-FILASSIER. — L'assistance aux aliénés criminels et dangereux au XIX^e siècle. (Revue Philanthropique, 15 Xbre 1909).
- KERAVAL. — Congrès d'anthropologie criminelle. Cologne 1911.
- KIRN. — Kurze Mitteilungen über Gefangnispsychosen. (Allg. Zeitschr. für Psych., 1881, p. 721 ; Bd xlv, pp. 1-96).
- KLINKE. — Le placement des criminels aliénés dans les asiles de Silésie. (Allg. Zeitschr. für Psych. 5-1895).
- KNECHT. — (Allg. Zeitschr. für Psych. 1881, p. 150 ; 1883, p. 270)
- KOHLER. — Über die Psychosen weiblicher staflinge. (Allg. Zeitschr. für Psych. 1887, pp. 676-706)
- KRAFFT-EBING. — Médecine légale des aliénés (Trad. française, Doin 1900, p. 543).
- KRAPELIN. — Lehrbuch der Psychiatrie 1899, Bd II, pp. 72-90-202).
- Du même.* — L'opinion de Krapelin sur la classification des états délirants, par Halberstadt (revue de psychiatrie, oct. 1912).
- KRAYATSCH. — (Wien. Klin. Wochenschrift n° 1, 1901).
- KRONE. — (Allg. Zeitschr. für Psych. 1886, p. 543).
- LACASSAGNE. — Précis de Médecine légale (Paris-Masson).
- Du même.* — Discours au 2^{me} congrès du patronage des libérés, Lyon 1894. (Storck-Lyon).

- LADAME. — Les Psychoses pénitentiaires. (arch. d'anthr-criminelle, 24 oct. nov. 1909, p. 800).
- LONGARD. — Geisteskrankheiten bei Gefangenen, (Psychiatrische. Wochenschrift t. 39 déc. 1901 ; in Revue de Neurologie 1902, p. 701).
- LUCKERATH. — Uber Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken (Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie n° 289 ; juillet 1909, p. 478).
- Etienne MARTIN. — Organisation allemande du régime pénitentiaire. (Arch. d'anthr-crim., déc. 1911).
- MASOIN. — Organisation du service de médecine mentale dans les prisons. (Revue neurologique 1903, p. 871. Informateur des aliénistes et neurologistes, 25 mai 1913, p. 223).
- MILLERAND. — Discours à la Chambre des députés. (25-2-1888).
- J. MOREL. — (Extraits du congrès d'Amsterdam 1907).
- NAGKE. — Verbrechen und Wahnsinn bei Weibe. (Arc. für Psychiatrie 1893, pp. 278-281).
- Du même.* — L'anthropologie criminelle en Allemagne. (Arch. d'anthr-crim. 1903, p. 509).
- Du même.* — Analyse critique du mémoire de Bonhoffer. (Arch. für Kriminal Anthr. und Kriminalistik, pp. 19-12, 1907).
- PACTET. — Enquête internationale sur l'aliénation mentale dans les prisons. (Revue de psychiatrie 1908, p. 45).
- PACTET-COLIN. — Les aliénés dans les prisons. (Encycl. des aide-mémoire Masson).
- PEELMANN. — Allg. Zeitschr. f. Psych. 1871, p. 183).
- RÉGIS. — Traité de pathologie mentale. (Doin, 1909).
- REICH. — Uber akute Seelenstorungen in Gefangenschaft. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd xv, pp. 416-419 et 469-470).
- RITTI. — L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie ? Ann. Méd. psych. t. viii, 1888, p. 182).
- ROLLER. — (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd xix, p. 200).
- RUDIN. — Uber die klinische Formen der Gefangnispsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1886, pp. 366-377).
- SEMAL. — Coup d'œil sur les folies pénitentiaires. (Congrès de Méd, mentale. Paris, Août, 1889).

- SÉRIEUX. — Rapp. au conseil général de la Seine. (1903 p. 55).
SIEFERT. — Über die Geistesstörungen der Strafhaft. (Halle
è. S. Carl Marhold, 1907).
SKLIAR. — Über Gefangnispsychosen (Monatschr. f. Psych.
und Neur., Bd xvi, Berlin 1904, p. 441-454 et 510-532).
SOMMER. — Beiträge zur Kenntniss der Kriminellen Irren.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. 1884, pp. 88-178 u 150-150).
WILMANS. — Über Gefangnispsychosen Referat in der
Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte (Sammlung
zwangloser., 8^e vol., fasc. 1, Halle-Marhold-1908).

